

---

# IKÄÄNTYNEEN HOIDOLLINEN RAJOITTAMINEN TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISESSA HOITAJIEN KUVAAMANA



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, kevät 2017

*Johanna Kujala*

*Satu Korvenpää*

Johanna Kujala

Satu Korvenpää



FORSSA

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

---

<b>Tekijä</b>	Johanna Kujala & Satu Korvenpää	<b>Vuosi</b> 2017
<b>Työn nimi</b>	Ikääntyneen hoidollinen rajoittaminen tehostetussa palveluasumisessa hoitajien kuvaamana	
<b>Työn ohjaaja</b>	Leena Ahonen	

---

## TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten hoidollinen rajoittaminen näkyy ikääntyneiden hoitotyössä tehostetun palveluasumisen yksikössä hoitajien kuvaamana. Tavoitteena oli saada tietoa siitä, millaista hoidollista rajoittamista yksikössä käytetään, miten arvioidaan asukkaan itsemääräämiskykyä sekä miten yksikössä ennaltaehkäistään rajoitustoimenpiteiden käyttöä.

Opinnäytetyö toteutettiin eräässä eteläsuomalaisessa tehostetun palveluasumisen yksikössä. Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelulla, jonka runko muodostui tutkimuskysymyksistä ja niihin liittyvistä apukysymyksistä. Haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina. Ryhmät koottiin työvuorojen pohjalta. Tutkittavasta yksiköstä haastateltiin 24 hoitajaa.

Haastattelut analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä käyttäen deduktiivista analyysirunkoa lähtökohtana. Ilmaukset luokiteltiin sisällön mukaan alaluokkiin, yläluokkiin sekä yhteen yhdistävään luokkaan.

Opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että hoitajat käyttävät fyysistä, lääkkeellistä sekä sosiaalista rajoittamista. Hoidollista rajoittamista perusteltiin pääsääntöisesti turvallisuudella, hygienialla ja resurssien vähäisyydellä. Hoidollisen rajoittamisen kirjaamisessa ja päätöksenteossa on puutteita. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä hoidollisen rajoittamisen käytänteitä ja päätöksentekoa ikääntyneiden hoitotyössä. Yksikkö voisi järjestää koulutusta tai tukea hoitajia hankkimaan lisäkoulutusta muistisairaiden hoitamisesta. Jatkossa voisi tutkia, miten tehostetun palveluasumisen yksikön fyysinen hoitoympäristö tukee ikääntyneiden turvallisuuden toteutumista.

**Avainsanat** ikääntynyt, itsemääräämiskyky, hoidollinen rajoittaminen, tehostettu palveluasuminen

**Sivut** 32 s. + liitteet 3 s.

FORSSA

Häme University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

---

<b>Author</b>	Johanna Kujala & Satu Korvenpää	<b>Year</b> 2017
<b>Subject</b>	Use of therapeutic limitation in intensified service housing as described by nurses	
<b>Supervisor</b>	Leena Ahonen	

---

## ABSTRACT

The purpose of the thesis was to examine the use of therapeutic limitation in elderly intensified service housing described by nurses. The aim was to gather information about what kind of therapeutic limitation they use, how nurses estimate self-determination of elderly and how nurses prevent use of therapeutic limitation.

The thesis was carried out in one of the southern Finnish intensified sheltered housing units. The thesis is a qualitative study. The data was collected using theme interviews, which act as the backbone of the research questions, as well as previous research data. The interviews were conducted as group interviews. Groups were created on the basis of shifts. In total 24 nurses were interviewed.

Data was analyzed both with theoretic analysis and with content analysis. Expressions were classified into different classes. The classes were based on the content of expressions.

The results of the research show that nurses use physical, medicinal and social therapeutic limitation. Therapeutic limitation was justified by safety, hygiene and the limited amount of resources. The results show the need to develop the decision making of therapeutic limitation, as well as the reporting of the limitation. The unit could provide nurses additional training about how to look after elderly with dementia. For further research is proposed how well the physical environment in intensified service supports the safety of elderly.

**Keywords** elderly, self- determination, therapeutic limitation, intensified service housing

**Pages** 32 p. + appendices 3 p.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	IKÄÄNTYNEEN HOITOTYÖN LÄHTÖKOHDAT .....	2
2.1	Lainsäädäntö.....	2
2.2	Ikääntyneen itsemääräämisoikeus .....	3
2.3	Eettisyys hoitotyössä .....	4
3	IKÄÄNTYNEEN HOITOTYÖ TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISESSA .....	5
3.1	Tehostettu palveluasuminen .....	5
3.2	Tehostettu palveluasuminen ikääntyneen hoitoympäristönä.....	6
3.3	Hoitajien kokemuksia ikääntyneiden hoitotyöstä .....	7
4	HOIDOLLINEN RAJOITTAMINEN IKÄÄNTYNEIDEN HOITOTYÖSSÄ .....	8
4.1	Hoidollisen rajoittamisen keinot .....	8
4.2	Hoidollisen rajoittamisen perustelut.....	9
4.3	Hoidollisen rajoittamisen päätöksenteko .....	10
4.4	Hoidollisen rajoittamisen vaikutukset toimintakykyyn.....	11
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	12
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	12
6.1	Aineiston kerääminen.....	13
6.2	Aineiston analysointi.....	14
6.3	Eettisyys .....	14
7	HOIDOLLINEN RAJOITTAMINEN HOITAJIEN KUVAAMANA .....	16
7.1	Rajoittamisen keinot.....	16
7.2	Rajoittamisen perustelut .....	17
7.3	Ikääntyneen itsemääräämiskyvyn arviointi .....	19
7.4	Hoidollisen rajoittamisen vaikutus ikääntyneen hoitotyöhön .....	20
7.5	Yhteisistä toimintatavoista sopiminen .....	22
7.6	Hoitajien ajatuksia mahdollisesta lakimuutoksesta.....	23
8	POHDINTA.....	24
8.1	Luotettavuuden arviointi .....	24
8.2	Tulosten tarkastelu .....	25
8.3	Kehittämisehdotukset .....	29
	LÄHTEET .....	30
Liite 1	Tiedote teemahaastattelusta	
Liite 2	Teemahaastattelun kysymykset	
Liite 3	Luokittelu	

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena oli ikääntyneiden hoidollinen rajoittaminen tehostetussa palveluasumisessa. Ikääntyneiden hoitotyössä tärkeää on kuntouttava työote ja se, että heidän toimintakykyään ylläpidetään mahdollisimman pitkään. Opinnäytetyön taustalla on lakimuutos sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta. Lakimuutos on edelleen käsittelyssä eikä ole tarkkaa tietoa, mitä se tulee sisältämään. Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja mielenkiintoinen.

Tällä hetkellä Suomen väestöstä 18 % on yli 65-vuotiaita. On ennustettu, että osuus kasvaa 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä ja jopa 28 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Lukuina tämä tarkoittaa sitä, että vuonna 2030 ikääntyviä eli yli 65-vuotiaita olisi Suomessa noin 1,5 miljoonaa. Tällä hetkellä Suomessa on noin miljoona ikääntynyttä, joten heidän määränsä kasvaa huomattavasti tulevaisuudessa. Verrattaessa muihin Euroopan maihin on Suomen palvelurakenne hyvin laitosvaltainen. Tulevaisuudessa tarkoituksena on kuitenkin muuttaa palvelurakennetta niin, että kotona asumista tuettaisiin. (Hiltunen 2015, 5.)

Ikääntyneiden hoitotyöhön liittyy vahvasti etiikka ja usein pohditaan miten ikääntyviä pitäisi hoitaa. On hyvä myös pohtia, millainen on hyvä vanhuus ja vanheneminen. Etiikka on vahvasti läsnä päivittäisessä hoitotyössä ja hoitohenkilökunnan olisi hyvä tiedostaa tämä. Jokaisen ihmisen perusoikeus on määrätä itse omasta elämästään, mutta muistisairaana ikääntyneen kohdalla tämä ei aina toteudu. On vaikeaa määritellä, kuka päättää siitä, että esimerkiksi ikääntyneen liikkumista rajoitetaan sitomalla hänet tuoliin. Perustuslain mukaan henkilökohtaista vapautta saa rajoittaa vain lakiin perustuen ja ilman mielivaltaa. Tämä tukee sitä, että ikääntyneiden hoitotyössä tarvitaan tarkempia säädöksiä, jotta hoitotyö olisi mahdollisimman laadukasta ja hyvää. (Heikkinen, Jyrkämä & Rantanen 2013, 549, 552.)

Opinnäytetyön aineisto kerättiin teemahaastattelulla. Haastattelut toteutettiin eräässä eteläsuomalaisessa tehostetun palveluasumisen yksikössä, jossa kehittämisen tarve todettiin tärkeäksi. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten hoidollinen rajoittaminen näkyy ikääntyneiden hoitotyössä tehostetussa palveluasumisessa hoitajien kuvaamana. Tavoitteena oli saada hoidollisesta rajoittamisesta tietoa, jota yksikkö voi hyödyntää kehittämissä työssään.

## 2 IKÄÄNTYNEEN HOITOTYÖN LÄHTÖKOHDAT

Vanhoista ihmisistä puhuttaessa voidaan käyttää montaa eri käsitettä, kuten ikääntyvä, ikääntynyt, ikäihminen, eläkeläinen, seniori tai vanhus. Käsitteen valinta voi osoittautua haasteelliseksi. Mikään yksittäinen käsite ei riitä kuvaamaan 65–111-vuotiaiden joukkoa. Ikääntymisen aiheuttamia muutoksia ovat fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, psyykkisen haavoittuvuuden lisääntyminen, aistitoimintojen heikkeneminen ja muistin heikkeneminen. Ikä tuo mukanaan myös sairauksia, joilla on vaikutusta toimintakykyyn. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 42–43.)

### 2.1 Lainsäädäntö

Hoitotyötä ohjaavat lainsäädäntö ja erilaiset ohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriö on määritellyt, miten ikääntyneiden palveluita tulisi kehittää, lisäksi he valmistelevat lainsäädännön ja ohjaavat uudistusten toteuttamista. Kuntien tehtävänä on järjestää ikääntyneiden ihmisten tarvitsemat sosiaali- ja terveyspalvelut. Ikääntyneillä sosiaaliturvaan kuuluu sosiaali- ja terveyspalveluista sekä toimeentuloturva. (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.)

Suomessa ei ole omaa lakia, joka ohjaisi ikääntyneiden hoitotyötä. Erilaiset lait kuitenkin ohjaavat ikääntyneiden hoitotyötä, kuten esimerkiksi perustuslaki. (Sipiläinen, Kankkunen & Kvist 2011.) Ikääntyneiden palveluiden saatavuutta turvataan muun muassa sosiaalihuoltolaissa, terveydenhuoltolaissa, kansanterveyslaissa sekä erikoissairaanhoidonlaissa. Terveydenhuoltolain tehtävänä on edistää ja ylläpitää terveyttä sekä taata terveydenhuollon palvelut yhdenvertaisesti ja laadukkaasti jokaiselle. Esimerkiksi lain avulla turvataan hoitoon pääsy. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Sosiaalihuoltolaki turvaa tarvittavat sosiaalipalvelut niille, jotka niitä tarvitsevat. Laissa ei erikseen säädetä siitä, miten palvelut tulisi järjestää ikääntyneelle, jolla mahdollisesti on muistisairaus. Laki kuitenkin takaa, että esimerkiksi palveluasuminen tulee järjestää ihmiselle, joka tarvitsee hoitoa ja huolenpitoa. Tehostettua palveluasumista tulee järjestää ihmiselle, joka tarvitsee huolenpitoa ympäri vuorokauden. Laki siis turvaa tarvittavat palvelut myös ikääntyneelle, joka ei kykene enää huolehtimaan itsestään. (Sosiaalihuoltolaki 3:21§.)

Vuonna 2013 on julkaistu laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d). Tämän lain tarkoituksena on tukea ikääntyneiden hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä. Säädetään myös siitä, mikä on kunnan velvollisuus huolehtia ikääntyneen väestönsä hyvinvoinnista. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980.)

Lain perusteella kunnan tulee järjestää ikääntyneelle sellaiset palvelut, kuin ikääntyneen toimintakyky edellyttää. Palveluiden tulee olla kaikkien saata-

villa tasapuolisesti ja yhdenvertaisesti. Lisäksi kunnan tulee järjestää neuvontapalveluita ikääntyneille. Laissa säädetään myös siitä, että hoidon tulee olla laadukasta ja hyvää. Lisäksi säädetään siitä, että terveydenhuollon ammattilaisen, sosiaalitoimen, pelastustoimen, hätäkeskuksen ja poliisin tulee ilmoittaa mikäli, hän havaitsee ikääntyneen, joka ei kykene huolehtimaan itsestään. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 2012/980.)

Vuonna 2013 on julkaistu laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. Tämän suosituksen tavoitteena on tukea ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemista. Lisäksi tarkoituksena on tukea tulevan vanhuspalvelulain toimeenpanoa. Pitää muistaa, että ikääntyneet eivät ole yksi yhtenäinen ryhmä vaan osa yksilöitä. Heillä jokaisella on omat tarpeensa ja palvelut pitää räätälöidä niiden mukaisesti. Laatusuosituksella halutaan turvata jokaiselle ikääntyneelle juuri heille sopivat palvelut. (STM:n julkaisuja 2013:11.)

Koettu hoidon laatu asiakkaan näkökulmasta (ASLA) -kysely pyrkii selvittämään nimensä mukaisesti iäkkäiden asiakkaiden kokemuksia hoidosta ja palvelusta. Tutkimus on aloitettu vuonna 2015 ja se tulee kestämään vuoden 2020 loppuun. Vuonna 2016 on julkaistu ensimmäiset tutkimustulokset. Tulosten perusteella moni kokee olevansa yksinäinen vasten omaa tahtoaan ja kaksi kolmesta kokee olonsa turvalliseksi omassa asuinpaikassaan. Tutkimuksessa on tutkittu sekä kotihoidon että ympärivuorokautisen hoitolaitoksen asiakkaita. Tutkimuksen avulla saadaan hyvää tietoa siitä, millaisena ikääntyneet asiakkaat kokevat saamansa palvelut. (Alastalo, Vainio, Vilkkö & Sarivaara 2016.)

## 2.2 Ikääntyneen itsemääräämisoikeus

Koko yhteiskunnan sekä kaiken hoitotyön perusta on ihmisarvo. Ihmisarvoon kuuluu se, että jokainen ihminen on arvokas sellaisena kuin on. Lisäksi jokaisen ihmisarvo on yhtä arvokas eli me kaikki olemme tasa-arvoisia. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että jokaisella on oikeus yhtä hyvään hoitoon ja palveluun. Jokaisella ihmisellä on oma henkilökohtainen alueensa, johon kuuluu määräysvalta omasta kehosta, omien ajatusten ja tunteiden yksityisyydestä, oikeus elää oman vakaumuksensa mukaisesti sekä tietysti määrätä omista asioistaan. Jo laissa on määritelty, että hoito tulee toteuttaa yhteistyössä potilaan ja tämän omaisten kanssa. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 31–33.)

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) on tehnyt kannanoton potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta. Kananotto tehtiin vuonna 2009 ja siitä asti on kaavailtu lakimuutosta, joka täsmentäisi suoja- ja rajoitustoimenpiteiden käytön sallittavuutta. Lähtökohdat on kirjattu Suomen perustuslakiin ja Suomen ratifioimiin kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin. ETENEn kannanotossa mainitaan erikseen dementiaa sairastavien ja heidän hoitajiensa oikeusturva, jonka vuoksi olisi tärkeää täydentää lakia suoja- ja rajoitustoimenpiteiden käytöstä, sillä niistä

ei ole tällä hetkellä selkeää lainsäädäntöä olemassa. (Potilaan itsemääräämisoikeuden suoja- ja rajoitustoimenpiteet 2009.)

Jokaisella ihmisellä on itsemääräämisoikeus eli valta päättää omista asioistaan. Itsemääräämisoikeus ei kuitenkaan ole aina itsestäänselvyys. Esimerkiksi kotona asuva ikääntynyt saa päättää huomattavasti paremmin omista asioistaan kuin laitoshoidossa oleva ikääntynyt. Laitosmaisessa ympäristössä ikääntyneet asuvat lähellä toisiaan, jolloin toisten huomiointi on tärkeämpää. Asui ikääntynyt missä vain, tulee aina huomioda naapurit sekä käyttäytyä asiallisesti, mutta laitosmaisessa paikassa nämä säännöt korostuvat. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 34.)

Tavoitteena on, että ikääntyneen toiveita kuunnellaan ja niitä yritetään mahdollisimman pitkälle toteuttaa. Esimerkiksi ikääntynyt saa itse valita vaatteensa tai syödä sitä, mistä itse pitää. Itsemääräämisoikeutta tulisi aina kunnioittaa, ellei ole hyväksyttävää perustelua toimia toisin. Jos ikääntyvällä on etenevä muistisairaus, on jopa edesvastuutonta antaa hänelle täysi päättävä valta. Tällaisissa tapauksissa usein omaiset osallistuvat päätöksentekoon ja miettivät, mikä olisi paras ratkaisu. Muistisairaalla voi tapahtua onnettomuuksia, joten on oikeutettua vedota turvallisuuteen, mikäli muistisaira on itsemääräämisoikeutta rajoitetaan. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 36.)

## 2.3 Eettisyys hoitotyössä

Ikääntyneiden hoitotyössä lähtökohdat eettiseen työskentelyyn ovat samat kuin muissakin ikäryhmissä, mutta ikääntymisen tuomat rajoitteet asettavat erityisvaatimuksia. Ikääntyneellä ovat samat oikeudet vaikuttaa hoitoonsa, mutta usein toimintakykyyn vaikuttavat sairaudet esimerkiksi dementia aiheuttavat sen, että toiveita ei yhtä helposti kuunnella. Lähtökohtana on tukea yksilöllisiä voimavaroja ja kuntouttavalla työotteella pyritään ylläpitämään ja edistämään palvelutalossa asuvan ikääntyneen toimintakykyä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 283–285.)

Vanhuudessa ihminen pohtii elettyä elämäänsä ja tekee niin sanotun tilinpäätöksen. Ikääntyneen hoitotyö on siitä haasteellista, että samalla kun ymmärretään, mitä ikääntyminen teoriassa tarkoittaa, tulee hoidon olla myös eettisesti hyvää. Eettisyyden pohjana on huolenpito ikääntyneestä, jolla on oikeus ihmisarvoiseen hoitoon. Eettisesti hyvä hoitotyö vaatii hoitajalta herkkyyttä, ymmärrystä ja osaamista. Ikääntyneen hoitotyön eettisiä näkökulmia on tutkittu vähän, koska hoitotyön toiminnot liittyvät vahvasti päivittäisiin arkirutiineihin. Päivittäisiin tilanteisiin liittyy myös eettisiä ongelmia, esimerkiksi ruokailemiseen, pukeutumiseen, liikkumiseen, hygienian hoitoon sekä lääkehoitoon. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 283–285; Voutilainen & Tiikkainen 2008, 39.)

Eettiset arvot heijastuvat hoitajan työhön voimakkaasti ja hoitajan tulisikin miettiä eroavatko hänen omat arvonsa hoitotyön arvoista. Ikääntyneen hoitotyössä keskeisiä tavoitteita ovat terveys, toimintakyky, onnistunut vanheneminen ja hyvän elämänlaatu. Kaiken taustalta löytyy arvomaailma, joka



luo käsityksen siitä, millainen on hyvä elämä ja tavoittelemisen arvoinen vanhoina päivinä. Yleensä puhutaan omatoimisuudesta, itsenäisyydestä ja yhteisöllisyydestä. Eettisiä arvoja ja periaatteita käytetään eräänlaisina mittapuina, joiden avulla arvioidaan sekä omaa että toisten työskentelyä. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 28.)

### 3 IKÄÄNTYNEEN HOITOTYÖ TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISESSA

Ikääntyneiden hoitotyön tavoitteena on iäkkäiden terveyden edistäminen sekä palvelujen laadun ja saatavuuden parantaminen. Tärkeää on tunnistaa ikääntyneiden erilaisuus sekä tarpeet. Hoitotyön asiakkaina on hyvin eri-ikäisiä ja kuntoisia ikääntyneitä. Osa palvelun saajista on erittäin hyväkuntoisia ja osa taas tarvitsee palveluita enemmän heikentyneen toimintakyvyn vuoksi. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 42.)

#### 3.1 Tehostettu palveluasuminen

Suomalainen palvelurakenne on hyvin laitoskeskeinen, mutta ikääntyneiden määrän kasvaessa ongelmaksi muodostuu laitospaikan turvaaminen kaikille. Vuonna 2013 on astunut voimaan niin sanottu vanhuspalvelulaki, jolla halutaan valmistautua väestön ikääntymiseen. Palvelujen turvaamiseksi laissa säädetään muun muassa toimintakyvyn tukemisesta sekä ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalouksista. Lakia tukee vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki, joka taas edellyttää hoitohenkilökunnalta näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Näyttöön perustuva hoitotyö tarkoittaa sitä, että työntekijällä on käytössään ajantasaista ja luotettavaa tietoa. (Hiltunen 2015, 5.)

Tehostettu palveluasuminen on ympärivuorokautista palveluasumista ja on osa sosiaalihuoltolain määrittelemää asumispalvelua. Hoitohenkilökunta on paikalla vuorokauden ympäri. Ikääntynyt saa hoitoa ja tukea asumiseen omien tarpeidensa mukaan. Häntä tuetaan päivittäisissä toiminnoissa sekä omien voimavarojen mukaan kannustetaan ulkoiluun ja arjen elämän askareisiin. Palveluasumisessa ikääntyneet asuvat vuokralla ja he maksavat vuokran lisäksi lääkkeitä sekä muista käytössä olevista palveluista. Tehostettu palveluasuminen eroaa laitoshoidosta siten, että laitoshoidossa ikääntyneen hoidon hintaan sisältyy asuminen, hoito, palvelut ja lääkkeet. Tehostetussa palveluasumisessa kaikesta maksetaan erikseen. (Lehto, Seinälä & Aaltonen 2015, 12.)

Tehostetussa palveluasumisessa ikääntynyt saa oman huoneen, jossa on oma wc- ja peseytymistilat. Peseytymisessä avustetaan ja hygieniasta huolehditaan antamalla peseytymisapua. Ateriat ovat monipuolisia. Tarvittaessa asukas saa syöttöapua. Tehostetussa palveluasumisessa huolehditaan myös huoneiden säännöllisestä siivouksesta sekä pyykkihuollosta. Ikääntynyt saa myös omahoitajan, joka huolehtii palvelujen ja tukien saannista sekä on yhteistyössä läheisten ja viranomaisten kanssa. (Tehostettu palveluasuminen, n.d.)

Usein ikääntynyt itse tekee päätöksen muuttaa palvelutaloon, mutta päätös voi syntyä myös omaisten painostuksesta (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 34). Muistisairauden eteneminen johtaa usein siihen, että ikääntynyt muuttaa palvelutaloon. Muistisairailla on suurempi riski kaatumistapaturmiin ja tätä kautta suurempi riski lonkkamurtumiin. Kansainvälisesti on todettu, että Alzheimerin tauti on yksi merkittävimmistä syistä, miksi ikääntynyt siirtyy palvelutaloon asumaan. (Lehtiranta, Leino-Kilpi, Koskeniemi, Jartti, Hupli, Stolt & Suhonen 2014, 116.)

Palvelutaloon muuttaminen voi olla ikääntyneelle suuri kriisi. Hän esimerkiksi voi joutua jakamaan huoneensa ventovieraan kanssa. Lähes jokaisessa palvelutalossa tai vanhainkodissa on määritelty päivärytmi, joka helpottaa hoitajien työtä, mutta estää ikääntyneitä elämästä oman rytminsä mukaisesti. Ennalta määritelty päivärytmi vähentää omatoimisuutta. Tältä kannalta katsottuna ikääntyneen itsemääräämisoikeus heikkenee huomattavasti, kun hän siirtyy palvelutaloon. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 34–35.)

### 3.2 Tehostettu palveluasuminen ikääntyneen hoitoympäristönä

Ikääntyneiden hoitolaitoksissa tulisi kiinnittää enemmän huomiota ympäristön turvallisuuteen, jotta rajoitteita voitaisiin vähentää. Ympäristöä olisi hyvä muokata sellaiseksi, ettei tarvitsisi pelätä, että ikääntynyt loukkaa itseään. Turvallisuutta voidaan lisätä käyttämällä esimerkiksi housuja, jotka tukevat lonkkia, tai suojakypärää. Sängyn viereen voidaan myös laittaa matto tai patja, jotta ikääntynyt ei loukkaisi itseään, jos hän sattuisi putoamaan sängystä. Sänky on hyvä pitää alhaalla, jotta ei pääsisi putoamaan korkealta. Turvallisuutta lisäävät myös pyöreäkulmaiset huonekalut sekä hyvä valaistus. Hoitotyöntekijät voivat yhdessä työskennellä arkkitehdin kanssa, jotta sisä- ja ulkotiloista tulisi mahdollisimman turvallisia liikkua. Turvallinen ulkoilu pitää mahdollistaa kaikille asukkaille. Aitojen edessä voi olla pensasaitoja, jotta ikääntynyt ei huomaisi aidattua aluetta ja tuntisi silloin olevansa vartioinnin kohteena. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 274–275.)

Elo, Saarnio ja Isola ovat tutkineet muistisairaana ikääntyneen fyysistä hoitoympäristöä hoitajien näkökulmasta. Ympäristön toimivuuden merkitys korostuu muistisairaiden ikääntyneiden kohdalla, koska sairaus heikentää kykyä ymmärtää tai tehdä päätelmiä ympäristöstään. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien näkemyksiä siitä, miten muistisairaana henkilön omatoimisuutta ja turvallista liikkumista tuetaan. Tulokset jaettiin neljään pääluokkaan, joita ovat mahdollistava ja aktivoiva hoitoympäristö, turvallinen hoitoympäristö, esteetön hoitoympäristö ja hallitseva hoitoympäristö. (Elo, Isola & Saarnio 2013, 17, 20.)

Mahdollistavalla ja aktivoivalla ympäristöllä tarkoitetaan apuvälineitä, joilla liikkuminen mahdollistetaan sekä tilat ovat omatoimiseen liikkumiseen ohjaavia. Asukkaat voivat kävellä vapaasti osastolla sekä ulkona liikkuminen mahdollistetaan. Viihtyisä hoitoympäristö taattiin kodinomaisuudella, rauhallisuudella, hyvällä järjestelyllä sekä yksikön pienellä koolla.

Turvallinen hoitoympäristö taataan lukituilla tiloilla ja jatkuvalla valvonnalla. Huonekaluissa ei ole teräviä reunoja. Turhat tavarat ovat poissa käytäviltä, jotta ikääntyneillä on riittävästi tilaa liikkua. Liikkumisen pitää olla esteetöntä. Esteetön hoitoympäristö mahdollistetaan poistamalla kynnykset, matot ja portaat. Lattioiden pitäisi olla väritykseltään yksivärisiä. (Elo ym. 2013, 21.)

Hallitsevalla hoitoympäristöllä tarkoitetaan hyvää valaistusta, vihjeitä, käytettyjä värejä sekä ärsykkeiden hallintaa. Nämä ovat keskeisimpiä asioita, joilla voidaan tukea muistisairaana henkilön hahmottamiskykyä, koska hahmottamisvaikeudet lisäävät riskiä kaatumisille. Turvallista liikkumista voidaan tukea apuvälineillä sekä hälytysjärjestelmällä. Tukikaiteet mahdollistavat kävelyn osastolla sekä vihjeet ja omat valokuvat johdattavat ikääntyneen takaisin omaan huoneeseen. Hyvin suunnitellulla hoitoympäristöllä ehkäistään haasteellista käyttäytymistä sekä mahdollistetaan laadukas ja turvallinen hoito. (Elo ym. 2013, 17–18.)

### 3.3 Hoitajien kokemuksia ikääntyneiden hoitotyöstä

Sinervo on tutkinut vuonna 2000 sitä, millaista ikääntyneiden hoitotyö on hoitajien näkökulmasta. Tutkimuksesta selvisi, että hoitajat kokevat työn raskaana sekä fyysisesti että psyykkisesti. Tutkimuksessa on tutkittu nimenomaan laitoshoidossa olevien ikääntyneiden hoitotyötä. Hoitajien työ on stressaavaa, mutta tulokset osoittavat, että hyvin organisoitu työ helpottaa stressiä. Kiire ja ajan rajallisuus vaikuttavat valtavasti siihen, millaisena hoitajat kokevat työnsä. Jokaisella työyksiköllä on omat kehittämistarpeensa ja valtavasti työn mielekkyyteen vaikuttaa myös lähiesimiehen johtaminen. Jo aikaisempien tutkimusten mukaan vaatimukset ovat melko korkealla vanhuspalveluissa. (Sinervo 2000, 63; Stenman, Vähäkangas, Salo, Kivimäki & Paasivaara 2015, 36–37.)

On todettu, että kotihoidossa hoitajat ovat tyytyväisempiä työhönsä kuin laitoshoidossa työskentelevät. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä asuu usein muistisairaita, jotka vaativat hoitajalta enemmän. Heidän kohdallaan rajoitustoimet voivat aiheuttaa levottomuutta, vaikka niillä pyrittäisiin nimenomaan rauhoittamaan ympäristöä. Monet hoitajat tekevät työtään rutiniinomaisesti ja kokevat, että eivät kykene kehittämään taitojaan. Palveluasumisessa hoitajat kuitenkin tietävät parhaiten tavoitteensa ja sen, miten työyhteisö toimii. Vanhustenhuollossa työskentelevät kokevat, että sosiaalinen verkosto on vahva työyhteisössä ja he saavat sitä kautta tukea työhönsä. (Sinervo 200, 70–71; Stenman yms. 2015, 38–39.)

Eräs tutkimus, joka on toteutettu eteläsuomalaisissa kunnissa, antaa viitteitä siitä, että ikääntyneiden parissa työskentelevät hoitajat ovat kohtuullisen tyytyväisiä työhönsä. Hoitajat ovat tyytyväisiä omaan ammatilliseen asemaan, vuorovaikutukseen ja autonomiaan eli itsenäiseen päätöksentekoon. Vähiten oltiin tyytyväisiä palkkaukseen, oman organisaation toimintapolitiikkaan ja työn vaatimuksiin. Kokeneemmat hoitajat olivat vähemmän tyytyväisiä omaan työhönsä. Työ koetaan siis mielekkäänä ja työ ja työyhteisö

edistävät työtyytyväisyyttä. Tulisi kuitenkin kiinnittää huomiota työn vaatimuksiin sekä siihen, että hoitajat ylläpitävät omaa osaamistaan. (Suhonen, Stolt, Gustafsson, Katajisto & Puro 2012.)

#### 4 HOIDOLLINEN RAJOITTAMINEN IKÄÄNTYNEIDEN HOITOTYÖSSÄ

Rajoitteiden käyttöä on tutkittu Suomessa melko vähän, vaikka niiden käyttö on kuulunut vanhustenhoitoon jo vuosikymmenien ajan. Muiden tutkimusten yhteydessä rajoitteiden käytöstä on tehty pieniä havaintoja. Kansainvälisissä tutkimuksissa on selvitetty rajoittamisen yleisyyttä, haittoja, etuja sekä vaihtoehtoja. Hoitajien kokemuksia rajoitteiden käytöstä on tutkittu, mutta ikääntyneiden ja heidän omaistensa kokemukset rajoitteiden käytöstä ovat jääneet vähemmälle. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 267.)

##### 4.1 Hoidollisen rajoittamisen keinot

Kirjallisuuskatsauksissa liikkumisen rajoittamisesta käytetään erilaisia käsitteitä, kuten pakotteet, sitominen ja rajoittaminen. Kaikilla tarkoitetaan samaa eli liikkumisvapauden rajoittamista. Fyysiseksi rajoittamiseksi voidaan luokitella esimerkiksi istuminen geriatrisessa tuolissa, pyörätuolissa tai tavallisessa tuolissa istuminen vyöllä kiinnitettynä. Muita rajoitteita ovat magneettivyön, lepositeiden ja rannepidikkeiden käyttö sekä huoneen lukitseminen. Myös vuodevaatteita saatetaan käyttää niin, että ikääntynyt saadaan kiinnitettyä sänkyyn. Ylös nostetut sängynlaidat luetaan rajoittamiseksi, mikäli niiden tarkoitus on estää ikääntynyttä pääsemästä pois sängystä. Rajoittaminen saattaa olla myös kemiallista, jolloin tarkoitetaan lääkitystä. Useimmiten ikääntynyt pyritään rauhoittamaan lääkityksellä. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 267.)

Alarvo-Messon tutkimuksessa on haastateltu ikääntyneiden omaisia ja heidän kokemuksiaan hoidollisesta rajoittamisesta. Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että yleisimpiä rajoittamisen keinoja ovat sängynlaidat, haaravyö, geriatrisen tuolin pöytälevy, magneettivyön käyttö ja oman huoneen lukitseminen. Muita rajoittamiskeinoja käytettiin vain muistamattomilla sekä heillä, joiden liikuntakyky on heikentynyt. Omaiset luottavat hoitajien ammattitaitoon, kun päätetään rajoitteista. (Alarvo-Messo 2010.)

Hoidolliseen rajoittamiseen voidaan liittää eettisiä arvoja kuten esimerkiksi se, että kunnioitetaan ikääntyneen tahtoa, ja se, että ikääntynyttä kohdellaan ihmisenä. Tulisi myös pyrkiä siihen, että kaikilla on hyvä olla ja että ikääntynyt saa toimia mahdollisimman pitkälle itsenäisesti. Nämä arvot kuulostavat itsestään selviltä, mutta ikääntyneiden hoitotyössä näitä asioita joutuu pohtimaan päivittäin. Valitettavasti näitä kaikkia kohtia ei aina pystytä turvaamaan, vaan joudutaan turvautumaan hoidolliseen rajoittamiseen. (Gastmans & Milisen 2006.)

## 4.2 Hoidollisen rajoittamisen perustelut

Fyysisten rajoitteiden käyttämisestä on olemassa monia tutkimuksia, mutta niistä saadut tulokset voivat vaihdella suuresti. Tämä johtuu siitä, että jokaisessa tutkimuksessa fyysiset rajoitteet on määritelty eri tavalla. 2000-luvun tutkimustulokset kertovat, että rajoitteiden käyttäminen on yhä yleistä. Fyysistä rajoittamista perustellaan esimerkiksi sillä, että ikääntynyt on vaaraksi itselle tai ympäristölle. Myös omainen voi vaatia rajoitteiden käyttämistä esimerkiksi sängynlaidan nostamista ikääntyneen turvallisuuden vuoksi. Hoitohenkilökunta kokee, että kiire ja hoitajapula ovat syitä rajoitteiden käyttämiselle. Ikääntynyt voidaan esimerkiksi sitoa tuoliin hoitajien raportin ajaksi, jotta kaikki hoitajat pääsisivät osallistumaan. (Voutilainen & Tiikkainen 2008 268–271.)

Usein rajoittamisen syynä on se, että ikääntynyt on vaaraksi itselleen. Hoitajat pelkäävät, että ikääntynyt kaatuu tai eksyy. Hoitajat voivat rajoittaa liikkumista esimerkiksi silloin, kun ikääntyneen muisti on niin paljon heikentynyt, ettei hän enää muista, ettei kykene kävelemään. Varsinkin kun hoitajat ovat hoitamassa muita asukkaita huoneessa, varmistetaan rajoitteilla, ettei sillä välin tapaturmia pääse syntymään. Toiseksi yleisin syy rajoittamiselle voi olla ikääntyneen aiheuttama häiriö muulle ympäristölle. Ikääntynyt voi vaellella ympäri osastoa kierrellen muiden asukkaiden huoneissa ja näin häiritä muiden yksityisyyttä. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 269.)

Erityisesti ikääntyneellä muistisairaalla voi olla käytösoireita, jotka voivat vaikuttaa sekä ikääntyneen että hänen asuinympäristönsä turvallisuuteen. Käytösoireita voivat olla apatia, masennus, ahdistuneisuus, levottomuus tai jopa aggressiivisuus. Näitä käytösoireita pidetään usein muistisairauteen kuuluvana asiana, jonka vuoksi niistä ei välttämättä puhuta. Käytösoireita voidaan lievittää lääkkeellisesti esimerkiksi rauhoittavilla lääkkeillä. Voidaan myös hyödyntää lääkkeettömiä keinoja, jolloin yleensä pyritään ymmärtämään käytösoireita niin, että ne ovat viesti ikääntyneen pahasta olostai kivusta. Kuuntelemalla ja ymmärtämällä pystytään lieventämään käytösoireita. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 269; Hartikainen & Grönroos 2008, 118–121.)

Käytösoireita ja haasteellista käyttäytymistä voidaan ehkäistä hyvällä lääkehoidolla sekä fyysisellä perushoidolla. Ikääntyneen toiminnallisuutta tulisi tukea turvallisilla ihmissuhteilla ja elinympäristöllä. Keskeistä on pyrkiä vaikuttamaan syihin, jonka vuoksi muistisairas käyttäytyy aggressiivisesti. Tulee selvittää, onko taustalla jokin somaattinen oire, esimerkiksi kipu tai korkea verenpaine. (Hartikainen & Grönroos 2008, 123.)

Hoitajien tulisi siis kiinnostua syistä, jotka saavat ikääntyneen käyttäytymään haasteellisesti. Esimerkiksi miksi ikääntynyt on aggressiivinen hoitajia kohtaan tai vaeltelee osaston käytävillä. Olisi hyvä pohtia, voiko tilanteen ratkaista ilman rajoittamista. Haasteellisen käyttäytymisen taustalla voi olla esimerkiksi kipu tai epä mukavat ja puristavat vaatteet. Jotta hoitaja voi ennaltaehkäistä haasteellisia tilanteita, tulee hänen olla tietoinen ikäänty-

neen elämänhistoriasta ja taustoista. Omainen usein osaa kertoa ikääntyneen elämänhistoriasta ja mieltymyksistä. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 275–276.)

Haasteellinen käyttäytyminen ilmenee vaelteluna, äkillisinä mielialanvaihteluina, aggressiivisuutena tai verbaalisena häiritsemisenä, kuten huutamalla tai itkemällä. Tämän kaltainen käytös usein lisää hoidollisen rajoittamisen käyttöä, vaikkakin rajoitteen käyttö itsessään voi aiheuttaa haasteellista käyttäytymistä. Muita haasteellisen käyttäytymisen syitä voivat olla turvattomuus tai turhautuminen, joka johtuu tekemisen puutteesta. Virike-toiminnan avulla saadaan asukkaille tekemistä ja voidaan ennaltaehkäistä turhautumista, joka voi johtaa haasteelliseen käyttäytymiseen. (Saarnio & Isola 2010, 324, 329.)

Joissain tapauksissa hoitajat käyttävät rajoitustoimenpiteitä rutiininomaisesti. Esimerkiksi aamulla aamutoimien jälkeen asukas sidotaan tuoliin vyöllä miettimättä, tarvitseeko asukas sitä. Ikääntyneen rajoittaminen koskettaa myös hoitajia. Hoitajat voivat kokea surua, sääliä, syyllisyyttä sekä tunteettomuutta silloin, kun he joutuvat tilanteeseen, jossa he joutuvat rajoittamaan ikääntynyttä. Hoitajat kokivat saavansa omien tunteiden selvittelyyn tukea muilta hoitajilta. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 269–270, 272.)

Johtamistavalla voi vaikuttaa siihen, miten hoitajat toimivat työssään. Hoitajia on myös hyvä rohkaista oman toimintatavan reflektointiin, jotta hyviksi todetut toimintatavat voidaan antaa muidenkin hyödynnettäviksi. Hoitajat pitävät rajoitustoimenpiteiden käyttöä viimeisenä vaihtoehtona, kun mikään muu ei enää auta. Osastolla tilanne voi olla hyvin stressaava hoitajille, muille potilaille sekä haasteellisesti käyttäytyvälle potilaalle itselle. (Saarnio 2010, 332; Goethals ym. 2013, 607.)

#### 4.3 Hoidollisen rajoittamisen päätöksenteko

Hoitajat tekevät usein päätöksen siitä, että hoidollista rajoittamista käytetään. Usein päätökseen vaikuttaa potilaan käyttäytyminen sekä osaston rauhallisuuden ja turvallisuuden ylläpitäminen. Hoitajien asenteet sekä työmoraali vaikuttavat myös rajoitteiden käyttöön (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 270). Päätöksistä on erikseen kirjattu hoito- ja palvelusuunnitelmaan, mutta hoitajat joutuvat päivittäin miettimään käyttävätkö rajoitustoimenpiteitä. Erään tutkimuksen mukaan hoitajien päätökset useimmiten perustuivat teoriaan ja järkeen, kun taas joissakin tapauksissa päätökset tehtiin rutiininomaisesti ja intuitiivisesti. Osa hoitajista oli varmoja päätöksistään, kun taas osa oli epävarmoja. Nopeasti tehdyt päätökset olivat hetkellisiä ja muutettavissa olevia. (Goethals, Dierckx de Castré & Gastmans 2013, 607.)

Jokaisen ikääntyneen kohdalla pitäisi yksilöllisesti miettiä rajoitusten käyttöönottoa sekä niiden tarpeellisuutta. Rajoittamiseen liittyvät merkinnät tulisi näkyä potilasasiakirjoista. Asiakirjoissa tulisi ilmetä myös syy rajoitteiden käytölle. Tutkimustulokset ovat osoittaneet, että rajoitteista kirjaaminen

on ollut puutteellista. Tärkeää olisikin aktiivinen kirjaaminen sekä ikääntyneen riittävä valvonta rajoitustoimenpiteiden käytön aikana. Rajoitteiden käyttö on lopetettava heti, kun sitä ei katsota enää tarpeelliseksi. Hoitajien aktiivinen keskustelu keskenään, kirjaaminen sekä arviointi estävät sen, että rajoittamisesta tulisi rutiininomaista. Jokaisella työyksiköllä tulisi olla kirjalliset ohjeet rajoitustoimenpiteiden käytöstä. Vain joka kolmanneksessa vanhustenhoitolaitoksessa oli käytössä kirjalliset ohjeet rajoitustoimenpiteiden käytöstä. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 271.)

Rajoittaminen on eettisesti pulmallista ja sen vuoksi olisikin tärkeää perehdyttää hoitajia hoitotyön eettisiin kysymyksiin. Vakituksella henkilökunnalla on paremmat mahdollisuudet päästä koulutuksiin kuin sijaisten. Usein sijaiset ovatkin tietämättömiä kirjallisten ohjeiden olemassaolosta. Uuden työntekijän perehdytyksessä tulisikin käydä läpi rajoitteiden käytöstä. Vastuu perehdyttämisestä on esimiehellä. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 274.)

Selkeät ohjeet lisäisivät myös omaisten ja muiden läheisten luottamusta hoidosta. Ohjeissa pitäisi tulla ilmi ikääntyneen ja hänen läheisensä osallistuminen päätöksien tekoon sekä ikääntyneen valvonta rajoitteiden käytön aikana, rajoitteiden tarpeen arviointi ja kirjaaminen. Omaisille tulisi aina ilmoittaa, kun ollaan turvautumassa rajoitteiden käyttöön. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 272.) Päätöksenteon taustalla vaikuttavat oman läheisen toiveet, mieltymykset ja arvot. Hoitajien tehtävä on antaa todenmukainen kuvaus asukkaan tilanteesta sekä tietoa, jotta omaiset osaavat tehdä päätöksen, joka on juuri heidän läheiselleen paras ratkaisu. Omaisten roolia päätöksenteossa tulisi vahvistaa. (Giles, Petriwskyj, Parker, Gibson, Andrews & Banks 2014.)

Laitoshoidossa asuvan muistisairaana omaisten osallistuminen hoidon päätöksentekoon on haastavaa ja se vaatii erityistä huomiota käytännössä. Omaiset haluavat osallistua päätöksentekoon myös silloin, kun heidän läheisensä asuu laitoksessa. Halukkuus osallistua päätöksentekoon kuitenkin vaihtelee, joten hoitajien keskeinen tehtävä on kysyä omaisilta, miten he haluavat toimia. Tärkeintä on, että hoitohenkilökunta kommunikoi asukkaan omaisten kanssa, jotta omaiset ovat perillä siitä, mitä on päätetty. (Giles ym. 2014.)

#### 4.4 Hoidollisen rajoittamisen vaikutukset toimintakykyyn

Rajoitteet voivat aiheuttaa ikääntyneelle fyysisiä, henkisiä ja sosiaalisia haittoja. Pitkään jatkunut rajoittaminen vaikuttaa ikääntyneen liikkumiskykyyn, painehaavojen riski suurenee, inkontinenssi sekä lääkkeiden käyttö lisääntyvät. Rajoitteet voivat altistaa ikääntyneen myös ennenaikaiselle kuolemalle. Ikääntyneet ovat itse kuvailleet rajoitteiden aiheuttavan sellaisen olotilan, kuin he olisivat vankeina tai ansassa. Usein tiedostetaan vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn, mutta rajoittaminen vaikuttaa myös sosiaaliseen ja psyykkiseen toimintakykyyn. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 272; Gastmans & Milisen 2006.)

Osalla ikääntyneistä rajoitteet tuovat turvaa, mutta suurimmalle osalle rajoittaminen on traumaattinen kokemus. He voivat kokea häpeää, levottomuutta, aggressiivisuutta ja jopa tuntea menettäneensä hallinnan omasta elämästään. Esimerkiksi pyörätuoliin haaravyöllä sidottu ikääntynyt voi ajatella olevansa vankina pyörätuolissa, jolloin hän ei enää halua nousta pyörätuoliin istumaan, koska tietää, että hänet sidotaan siihen kiinni. Vaikutusta psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn tulisi tutkia paremmin, jotta olisi kokonaisvaltainen käsitys siitä, miten rajoittaminen vaikuttaa ikääntyneeseen. (Gastmans & Milisen 2006.)

Rajoitteilla usein pyritään ehkäisemään kaatumisriskiä. Valitettavasti rajoittamiset aiheuttavat pitkällä aikavälillä iäkkäissä levottomuutta ja kaatumisriskin lisääntymisen. Rajoittamisten poistamista hoitotyöstä pidetään tietoisena riskin ottamisena, mikä kuitenkin kuuluu kuntouttavaan hoitotyöhön. (Parviainen 1998, 33.)

Ikääntyneen omaisen kanssa käydään keskustelua siitä, että kaikkea ei voida rajoittaa. Tulee pohtia, onko ikääntyneen elämä parempaa rajoitettuna tuolissa vai otetaanko tietoinen riski, että ikääntynyt elää vapaammin ilman rajoitteita ja kaatumisriski kasvaa. Tärkeää on, että hoitajat huomioivat tilanteet, joissa rajoitetulle ikääntyneelle voidaan antaa vapauden tuntemuksia. Esimerkiksi vyökiinnitys voidaan avata, kun hoitaja on läsnä ja ikääntyneen turvallisuus voidaan taata ilman rajoitteiden käyttöä. Luomalla vapauden tunteen ikääntyneelle, ehkäistään hänen ahdistustaan lähteä pois suljetusta tilasta. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 276.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten hoidollinen rajoittaminen näkyy ikääntyneiden hoitotyössä tehostetun palveluasumisen yksikössä hoitajien kuvaamana. Tavoitteena oli saada hoidollisesta rajoittamisesta tietoa, jota yksikkö voi hyödyntää kehittämistyössään.

Tutkimuskysymykset:

- Millaista hoidollista rajoittamista tutkittavassa yksikössä käytetään?
- Miten yksikössä on pyritty vahvistamaan asukkaan itsemääräämisoikeutta hoidolliseen rajoittamiseen liittyvissä tilanteissa?
- Miten yksikössä on pyritty ennaltaehkäisemään rajoitustoimenpiteiden käyttöä?

## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jossa pyritään ymmärtämään ja tutkimaan tiettyä ilmiötä. Laadullisen tutkimuksen taustalla on teoreettinen tieto, jonka lisäksi hankitaan kokemustietoa tai selvitetään yksilön käsitys tutkittavasta asiasta. Laadullisen tutkimuksen voi toteuttaa monilla eri menetelmillä, joita ovat esimerkiksi yksilöhaastattelu, ryhmähaastattelu, havainnointi tai kirjoitelma. Opinnäytetyön aineisto kerättiin



teemahaastatteluilla, jotka toteutettiin ryhmähaastatteluina. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Haastatteluiden avulla saatiin kokemuksellista tietoa hoitajilta, jotka työskentelevät ikääntyneiden parissa. Tarkoituksena oli selvittää kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä, joka on hoidollinen rajoittaminen tehostetun palveluasumisen yksikössä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 18–22.)

## 6.1 Aineiston kerääminen

Aineisto kerättiin teemahaastattelulla, jonka runko koostettiin kirjallisuuden ja tutkimustiedon pohjalta. Teemahaastattelun runko koostui teemoista, jotka olivat hoidollisen rajoittamisen näkyminen ikääntyneiden hoitotyössä, itsemääräämisoikeuden toteutuminen hoidollisen rajoittamisen yhteydessä ja hoidollisiin rajoitustoimiin liittyvä päätöksenteko. Teemahaastattelu eteni ennalta suunniteltujen teemojen mukaan ja tukena käytettiin teemoja tarkentavia kysymyksiä (liite 2). Teemahaastattelu sijoittuu avoimen ja strukturoidun haastattelun väliin. Teemahaastattelu valikoitui tutkimusmenetelmäksi, koska sen avulla saadaan monipuolista tietoa tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74–75.)

Haastattelu on aineiston keräämisen kannalta joustava vaihtoehto, koska haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys tai selventää sanamuotoja. Haastattelussa hyvää on myös se, että haastattelija määrittelee itse, missä järjestyksessä kysymykset esitetään. Tärkeintä on, että haastattelusta saadaan mahdollisimman paljon tietoa. Tällöin voisi olla perusteltua antaa haastattelukysymykset tai aihe jo etukäteen haastateltaville tutustuttavaksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74–75.) Tutkimukseen osallistuvat saivat tietoonsa opinnäytetyön aiheen ennen haastatteluita.

Haastattelut toteutettiin maalisi- ja huhtikuussa 2016 ryhmähaastatteluina eräässä tehostetun palveluasumisen yksikössä. Ryhmähaastattelun etuna on se, että siinä ryhmän jäsenten vastaukset ohjaavat keskustelua eteenpäin. Haastateltavat joutuvat perustelemaan omia vastauksiaan sekä kommentoimaan toistensa vastauksia. (Tilastokeskus n.d.) Teemahaastattelun tiedote (liite 1) sekä haastatteluiden aikataulu ja haastatteluryhmät olivat hoitajien näkyvillä kansliassa. Ryhmiä muodostui kahdeksan ja ryhmissä oli keskimäärin kolme hoitajaa. Tutkittavassa yksikössä työskenteli tutkimushetkellä 28 hoitajaa ja tavoitteena oli haastatella heidät kaikki. Poissaolojen sekä työvuoromuutosten vuoksi tavoitettiin 24 hoitajaa. Haastateltavista sairaanhoitajia oli neljä ja lähihoitajia kaksikymmentä.

Haastateltavat valikoituivat siten, että he työskentelivät tutkittavassa yksikössä tutkimushetkellä. Haastattelijat saivat etukäteen työvuorolistan, jonka perusteella valittiin pienryhmiin osallistujat. Pienryhmiin valittiin aina aamuvuorossa olleita hoitajia. Haastattelu-aika oli iltapäivällä raportin jälkeen, kun iltavuoron hoitajat ottivat vastuun osastosta, jotta aamuvuoron hoitajat pääsivät osallistumaan haastatteluun. Haastattelut toteutettiin hoitajien työaikana kahvihuoneessa, joka oli rauhallinen ja neutraali paikka. Haastatteluiden kesto ei määritelty etukäteen, vaan jokaisen haastattelun annettiin edetä omaa tahtiaan, jotta keskustelu oli rauhallista ja antoi mahdollisuuden

jokaiselle osallistua. Keskimääräinen haastattelun kesto oli 20 minuuttia. Loppuvaiheessa haastatteluista ei noussut esille uusia asioita, jolloin saturaatio saavutettiin. Saturaatiolla tarkoitetaan sitä, että tietoa kerätään, kunnes mitään uutta tietoa ei tutkittavasta asiasta saada. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110.)

## 6.2 Aineiston analysointi

Aineiston analysointi tehtiin keväällä 2016 sisällönanalyysillä. Aineistoa analysoitiin deduktiivisesti eli teorialähtöisesti, jolloin tutkittava ilmiö määritellään jonkin jo tunnetun mukaisesti. Käytettiin lisäksi induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, jossa aineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Aineistoa abstrahoiitiin eli aineistosta erotettiin tutkimuksen kannalta oleellinen tieto. Sisällönanalyysi tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tulokset esitetään sanallisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–99, 106, 110.)

Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin eli nauhoitettu puhe kirjoitettiin puhtaaksi. Nauhoitettu puhe kuunneltiin useaan kertaan, jotta saatiin kokonais käsitys materiaalista. Haastatteluista kertyi yhteensä viisi tietokoneella kirjoitettua sivua fontilla 12. Kirjoitettu aineisto luettiin useaan kertaan. Kirjoitetusta aineistosta kirjoitettiin ilmauksia pienille lapuille. Tämän jälkeen laput klusteroitiin eli ryhmiteltiin asiasisällön perusteella niin, että samaa tarkoittavat alkuperäisilmaukset yhdistettiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Kun alkuperäisilmaukset oli ryhmitelty, niille annettiin sisältöä kuvaavat nimet. Näistä ryhmistä muodostuivat alaluokat, joita on yhteensä 16. Seuraavaksi saman sisältöisistä alaluokista muodostettiin 5 yläluokkaa. Viidelle yläluokalle muodostui yksi yhdistävä luokka, hoidollinen rajoittaminen ikääntyneiden hoitotyössä tehostetun palveluasumisen yksikössä (liite 3). Alla esimerkki (taulukko 1) luokittelusta.

Taulukko 1. Esimerkki luokittelusta

ILMAUKSET	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Vähän henkilökuntaa Aina ei voida vahtia 10 asukasta vastuussa iltaisin Ei ole aikaa keskustella rauhattomia rauhallisiksi	Resurssien vähyys	Hoidollisen rajoittamisen perustelut

## 6.3 Eettisyys

Tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys ja se on ollut keskeinen aihe hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Tutkimusetiikka jaetaan tieteen sisäiseen ja sen ulkopuoliseen etiikkaan. Sisäinen etiikka viittaa siihen, että tieto on luotettavaa ja todellista sekä tutkimusaineistoa ei luoda tyhjästä tai

väärennetä. Tähän sisältyy myös esimerkiksi se, miten tuloksista raportoidaan ja kenen aineistot kuuluvat tutkimusalueeseen. Opinnäytetyön raportissa hyödynnettiin kaikkea saatua tutkimustietoa eikä mitään rajattu ulkopuolelle. Tieteen kriittisyys edellyttää sitä, että omia perusteluja ja toimintatapoja arvioidaan erilaisista näkökulmista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.)

Eettinen kestävyys on laadullisen tutkimuksen toinen puoli. Siihen kuuluu muun muassa laadukas suunnitelma, sopiva tutkimusmenetelmä sekä hyvä raportointi. Tämän vuoksi eettisyys liittyy myös luotettavuuden arviointikriteereihin. Kun suunnitelma oli hyväksytty ja teoreettista tietoa oli kerätty kattavasti, haettiin tutkimuslupaa. Tutkimuslupan myöntämisen jälkeen ryhmähaastattelut toteutettiin suunnitellun aikataulun mukaisesti. Eettisen toimintatavan tulee olla koko ajan taustalla, kun tutkimusta tehdään. Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijoiden tekemät eettiset ratkaisut kulkevat käsi kädessä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127, 132.)

Tieteen ulkopuoliseen etiikkaan kuuluu se, miten ulkopuoliset seikat vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan esimerkiksi rahoittajien kiinnostus tukea tutkimusta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.) Tutkimusaihe tuli tutkittavasta yksiköstä. Ryhmähaastattelu valittiin, koska sen avulla saadaan monipuolisempaa aineistoa. Haastattelut suunniteltiin hoitajien työvuorojen perusteella, jotta osallistuminen haastatteluun olisi mahdollisimman helppoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129.)

Hoitotieteellisissä tutkimuksissa aiheet ovat usein sensitiivisiä eli ne herättävät tutkimukseen osallistujissa voimakkaita tunnereaktioita. Hoidollinen rajoittaminen on ajankohtainen aihe lakimuutoksen vuoksi, mutta myös eettisesti tärkeä. Tutkittavien voi olla epämukava puhua hoidollisesta rajoittamisesta, koska se liittyy tutkittavan yksikön toimintakulttuuriin. Tämän vuoksi aihe on haastava, joten haastattelijoiden ammatillisuus sekä objektiivisuus ovat tärkeitä. Opinnäytetyön tuloksia tutkittava yksikkö voi hyödyntää kehittämistyössään. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.) Esimies ei osallistunut ryhmähaastatteluihin, koska hänen läsnäolonsa saattaisi vaikuttaa ryhmän keskusteluun.

Opinnäytetyön eettisyyttä tukee se, että opinnäytetyön tulokset kirjoitettiin niin, ettei yksittäistä haastateltavaa tunnista. Tulokset kirjoitettiin mahdollisimman rehellisesti. On myös tärkeää, että jokainen sai osallistua vapaaehtoisesti keskusteluun ja tutkittaville kerrottiin, että haastattelun voi keskeyttää ja poistua tilanteesta, mikäli kokee tilanteen itselle epämukavaksi. Ennen haastattelutilanteita tutkittavat saivat tiedotteen, josta kävi ilmi opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus. Haastatteluiden alussa kerrottiin, että tutkimusaineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä ja kaikki aineisto tuhoataan asianmukaisesti opinnäytetyön raportin valmistuttua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–219.)

## 7 HOIDOLLINEN RAJOITTAMINEN HOITAJIEN KUVAAMANA

Tässä luvussa kuvataan tehostetun palveluasumisyksikön hoitajien kokemuksia hoidollisesta rajoittamisesta ikääntyneiden hoitotyössä. Aineistosta muodostui 16 alaluokkaa, joista muodostui viisi yläluokkaa. Näiden mukaisesti tulokset kirjoitettiin auki. Yhdistävä luokka on hoidollinen rajoittaminen ikääntyneen hoitotyössä tehostetussa palveluasumisessa.

### 7.1 Rajoittamisen keinot

Hoidollisen rajoittamisen keinot -yläluokan alle muodostui kolme alaluokkaa (taulukko 2), joita ovat fyysinen rajoittaminen, lääkkeellinen rajoittaminen ja sosiaalinen rajoittaminen. Kaksi haastatteluryhmää määritteli mitä tarkoittaa hoidollinen rajoittaminen käsitteenä. Muut ryhmät luettelivat rajoitustoimenpiteitä määrittelemättä hoidollista rajoittamista käsitteenä.

Kaikkea mitkä kieltävät tekemästä ihmistä sitä, mitä hän itse haluaa tehdä.

Kaikki mikä estää asukasta tekemästä itselle vahingollisia asioita.

Osastolla käytetään fyysisen rajoittamisen keinoina hygieniahaalaria, haarahihnaa, sängyn laitojen ylhäällä pitämistä ja geriatria tuolia. Haastatte-  
luissa mainittiin, että osastolla käytetään myös lääkkeellistä rajoittamista. Mainittiin, että käytetään rauhoittavia lääkkeitä sekä hoitajat avustavat lääkkeiden ottamisessa.

Lääkkeet joudutaan antamaan suuhun asti, ellei asukas itse kykene ottamaan niitä.

Sosiaalista rajoittamista osastolla ovat ovien lukossa pitäminen, hoitajakutsun rajoittaminen sekä se, että hoitajat huolehtivat siitä, ettei asukas syö kerralla liikaa omaisen tuomia herkkuja. Osastolla pidetään lukossa asukkaiden huoneiden ja vaatekaappien ovia, keittiön kaappeja sekä jääkaappia.

Taulukko 2. Hoidollisen rajoittamisen keinot

ILMAUKSET	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Sängyn laidat ylhäällä Haarahihna Turvavyö Geriatrinen tuoli	Fyysinen rajoittaminen	Hoidollisen rajoittamisen keinot
Rauhoittavat lääkkeet Lääkkeiden antaminen suuhun	Lääkkeellinen rajoittaminen	
Osaston ovet/kaapit lukossa Asukkaan huoneen ovet lukossa Hoitajakutsun rajoittaminen Omaisten tuomien herkkujen piilottaminen	Sosiaalinen rajoittaminen	

## 7.2 Rajoittamisen perustelut

Rajoittamisen perustelut -yläluokkaan muodostui neljä alaluokkaa (taulukko 3, s. 18), joita ovat turvallisuus, hygienia, omaisen tai asukkaan toive sekä resurssien vähyys. Hoitajat perustelivat hoidollista rajoittamista pääasiassa turvallisuudella. Turvallisuuteen kuuluvat rauhallinen ympäristö, asukkaan ja hoitajan turvallisuus sekä kaatumisen ehkäiseminen. Hoitajien tavoitteena on pyrkiä siihen, että rajoittaminen on turvakeino eikä rajoittamista.

Asukkaan turvallisuus, ei karkaa, ei loukkaa itseään tai muita.

Osastolla yksityisyys pyritään säilyttämään sillä, että asukkaiden huoneiden ovia pidetään lukossa. Hoitajat kertoivat, että tällöin liikkuvat asukkaat eivät pääse häiritsemään toisen asukkaan yksityisyyttä. Lisäksi hoitajat kokivat, että myös osaston rauhallisuus säilyy paremmin. Osastoilla pyritään säilyttämään yleinen rauhallisuus erilaisilla rajoitustoimenpiteillä, esimerkiksi ruokailujen ajaksi asukas voidaan sitoa pyörätuoliin turvavyöllä, jotta hän ymmärtää rauhoittua ruokailun ajaksi.

Haarahihnalla ihminen keskittyy syömiseen ruokailun ajaksi.

Osaston ovien lukossa pitämistä perusteltiin sillä, että asukas ei pääse poistumaan osastolta ja on turvassa. Osa asukkaista on lähdessä kotiin tai muuten yrittää poistua osastolta. Mikäli muistisairas poistuu osastolta, ei hän välttämättä muista missä asuu tai minne on menossa. Haastateltavat kokivat, että tällöin on välttämätöntä pitää osastojen ovia lukossa. Keittiön kaapit pidetään lukossa, etteivät asukkaat saa käsiinsä teräviä esineitä, koska he voivat olla vaaraksi itselle tai muille.

Osaston ovet kiinni, ettei pääse karkaamaan.

Yleisesti hoidollista rajoittamista perusteltiin sillä, että sen avulla ehkäistään asukkaan kaatumista tai muita tapaturmia. Mainittiin, että kaatumisesta voi pahimmillaan seurata lonkkien murtuminen. Hoitajat avustavat käveleviä asukkaita siirtymisissä. Välillä kävelevä asukas sidotaan tuoliin, jotta hän ei pääse yksin liikkumaan. Perusteluina mainittiin, että osa asukkaista ei muista sitä, että he eivät pysty enää kävelemään itsenäisesti. Vuodepotilailla pidetään sängynlaidat ylhäällä, jotta välttyään tapaturmilta.

Laidat ylhäällä, jottei asukas tule alas sängystä.

Hoidollista rajoittamista perusteltiin myös hygienialla, joissa keskeisimmät perustelut liittyivät tautivaaroihin ja eritteillä sotkemiseen. Lisäksi hygieniaan ajatellaan kuuluvan kerrospukeutuminen ja puhtaat elintarvikkeet. Hygienihaalarin käytöllä ehkäistään sitä, että asukas ei pääse sotkemaan eritteillään. Samalla turvataan asukkaan oma terveys sekä ehkäistään tautivaaroja. Keittiön ja jääkapin ovet pidetään lukossa, jotta yleinen siisteys säilyy ja elintarvikkeet sekä ruokailuvälineet pysyvät puhtaina. Lukituilla vaatekaapeilla ehkäistään kerrospukeutumista, josta voi pahimmillaan seurata lämpöhalvaus tai ihovaurioita.

Yleisen siisteyden vuoksi. On mukavampaa syödä puhtaita leipiä ja pullia.

Hoitajat sanoivat, että asukas voi itse pyytää sängynlaidan ylös nostamista, koska kokee sen tuovan turvaa. Myös asukkaan omainen voi hoitopalaverissa esittää toiveen rajoitteiden käytöstä. Osa omaisista ei pidä rajoitteita tarpeellisina, jolloin hoitajat perustelevat rajoittamista turvallisuudella. Hoitajien mukaan omaiset ovat herkempiä pyytämään rajoitteita, kun kaatumisriski on lisääntynyt tai asukas on aikaisemmin jo kaatunut.

Omaisten kanssa keskustellaan ja pyydetään lupa.

Hoitajat perustelivat rajoittamista myös resurssien vähäisyydellä. Usein yksi hoitaja vastaa kymmenestä asukkaasta iltavuorossa, jolloin yksi hoitaja ei kykene huolehtimaan kaikista. Hoitajat kertoivat, että rajoittamalla rauhatonta asukasta voidaan rauhassa keskittyä muiden asukkaiden hoitotyöhön. Hoitajat kokevat, että he voivat rauhassa työskennellä, kun rauhaton asukas on tuolissa haarahihnalla kiinni. Hoitajat yrittävät rauhoitella asukkaita, mutta he kokevat, että toisinaan on välttämätöntä sitoa asukas tuoliin, koska henkilökuntaa ei ole riittävästi.

Ajasta melkein joka kerta kysymys, toimitaan tietyn ajan puitteissa.

Pakko ottaa kaikki osaston asukkaat huomioon. Jos ihminen liikkuvainen ja tuhoaa paikkoja, muut asukkaat hermostuvat.

Osastolla levoton asukas voi saada muut asukkaat hermostumaan. Hoitajilla ei ole aina aikaa keskustella rauhattomien asukkaiden kanssa, jotta he rauhoittuisivat. Tällöin hoitajat turvautuvat rajoitustoimenpiteisiin. Kun asukkaat ovat rauhallisia, jää hoitajille enemmän aikaan hoitotyöhön.

Taulukko 3. Rajoittamisen perustelut

ILMAUKSET	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Rauhallinen ympäristö Asukkaan turvallisuus Hoitajien turvallisuus Kaatumisen ehkäiseminen	Turvallisuus	Rajoittamisen perustelut
Kerrospukeutuminen Tautivaarat Eritteillä suttaaminen Puhtaat elintarvikkeet	Hygienia	
Sängynlaidan ylös nostaminen luo turvaa Asukas itse pyytää laidan ylös	Omaisen tai asukkaan toive	
Vähän henkilökuntaa Aina ei voida vahtia 10 asukasta vastuussa iltaisin Ei ole aikaa keskustella rauhattomia rauhallisiksi	Resurssien vähyys	

### 7.3 Ikääntyneen itsemääräämiskyvyn arviointi

Ikääntyneen itsemääräämiskyvyn arviointi -yläluokkaan muodostui kaksi alaluokkaa (taulukko 4, s. 20), joita ovat ikääntyneen toimintakyvyn arviointi ja omaisten osallistuminen hoidon päätöksentekoon. Kun ikääntynyt saapuu palveluasumisyksikköön, tehdään hänelle usein MMSE-muistitesti. Lisäksi hoitajat tarkkailevat ikääntyneen käytöstä ja orientoitumista aikaan ja paikkaan. Lääkäri tapaa uuden asukkaan ja selvittää lääkityksen ja hoidon tarpeen.

Kun asukas tulee, niin katsotaan asukkaan tilannetta. Seurataan käyttäytymistä ja muistamattomuutta.

Hoitajat arvioivat tehtyjen havaintojen pohjalta, miten sairaus vaikuttaa toimintakykyyn ja ovatko asukkaan toiveet hoitajien mielestä tarkoituksenmukaisia. Hoitosuunnitelma muokkautuu ajan kuluessa, kun asukas opitaan tuntemaan ja hän on sopeutunut uuteen asuinympäristöön. Hoitajat kokeilevat erilaisia tapoja, joiden avulla he selvittävät mitä asukas tarvitsee. Lisäksi arvioidaan, onko asukkaan käyttäytyminen sellaista, että hän voisi olla vaaraksi itselle tai muille asukkaille.

Huomaa jos asukkaan toiveissa ei ole mitään järkeä.

Hoitajien mukaan yksikössä on paljon muistisairaita tai huonokuntoisia asukkaita, joiden kyky päättää omasta hoidostaan on heikentynyt. Näiden asukkaiden kohdalla hoitajat kokevat, että asukkaiden toimintakyky on merkittävästi alentunut. Monen asukkaan kohdalla itsemääräämisoikeus ei tästä syystä toteudu. Hoitajat sanoivat, että turvallisuus menee etusijalle ja se ohittaa itsemääräämisoikeuden. Hoitajat tiedostavat, ettei itsemääräämisoikeus toteudu, kun käytetään rajoitustoimenpiteitä, mutta niiden avulla varmistetaan asukkaan turvallisuus.

Turvallisuus on aina ensisijalla, joten se ohittaa itsemääräämisoikeuden.

Yksikössä asuu paljon muistisairaita ikääntyneitä, jolloin on välttämätöntä, että omainen osallistuu hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon. Hoitajat kokevat keskustelun omaisen kanssa välillä haastavaksi, koska näkemys ikääntyneen tilanteesta voi olla erilainen. Hoitajat kokevat näkevänsä ikääntyneen tilanteen eri tavalla, koska he ovat tekemisissä asukkaiden kanssa päivittäin.

Monta dementoitunutta, jotka eivät enää pysty päättämään itse asioista

Hoitajat voivat nähdä erilaisesti asukkaan oireilut.

Osastolla asukkaan pieniä toiveita pyritään huomioimaan, esimerkiksi selvitetään ruokailutottumuksia. Mikäli asukas ei itse kykene ilmaisemaan toiveitaan, niin hoitajat kyselevät asukkaan mieltymyksistä omaisilta. Hoitopalavereissa hoitaja, asukas ja omainen käyvät keskustelua siitä, millaista

hoitoa asukas tarvitsee. Hoitopalaverissa hoitajat kertovat näkemyksensä asukkaan senhetkisestä tilanteesta. Hoitosuunnitelmaa päivitetään, kun asukkaan toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia.

Katsotaan, pystyykö asukas ilmaisemaan mielipiteensä. Jos asukas ei kykene ilmaisemaan, kysytään omaisilta.

Hoitajat keskustelevat omaisten kanssa rajoitteista, koska heiltä on saatava lupa rajoitteiden käyttöä varten. Usein hoitajat perustelevat omaisille rajoitteita turvallisuudella. Hoitajat ottavat yhteyttä omaisiin, mikäli asukkaan toimintakyky heikkenee ja kaatumisriski kasvaa. Jo sängynlaidan ylös nostamiseen on oltava omaisilta lupa. Aina omaiset eivät ole samaa mieltä rajoitustoimenpiteiden käytöstä.

Taulukko 4. Ikääntyneen itsemääräämiskyvyn arviointi

ILMAUKSET	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Tarkkaillaan asukkaan käyttäytymistä Sairauden eteneminen Kokeillaan mitä asukas tarvitsee Lääkäri MMSE Paljon huonokuntoisia asukkaita, joilla toimintakyky huomattavasti alentunut	Ikääntyneen toimintakyvyn arviointi	Ikääntyneen itsemääräämiskyvyn arviointi
Annetaan tietoa asukkaan tilanteesta Asukkaan mieltymykset/toiveet Omaisten kanssa keskustelu Kysytään kun omainen käy Omaiset kysyvät miksi rajoitetaan	Omaisten osallistuminen hoidon päätöksentekoon	

#### 7.4 Hoidollisen rajoittamisen vaikutus ikääntyneen hoitotyöhön

Hoidollisen rajoittamisen vaikutus ikääntyneen hoitotyöhön -yläluokan alle muodostui kolme alaluokkaa (taulukko 5, s. 21), joita ovat hoitajien työskentely, ikääntyneen toimintakyky ja moninaiset vaikutukset toimintakykyyn.

Hoitajat kokevat, että hoidollinen rajoittaminen sekä helpottaa että hidastaa heidän työskentelyään. Sitomalla levoton asukas tuoliin, pystyvät hoitajat rauhassa keskittymään ruokailuun ja hoitotoimiin. Hoitajat kokevat lukitut kaapin ovet hidastavana tekijänä. Hoitajat tiedostavat kuntoutuksen tarpeen erityisesti niiden asukkaiden kohdalla, joita joudutaan rajoittamaan. Hoitajat tietävät, että välillä pitää kävelyttää asukkaita, joiden liikkumista joudutaan rajoittamaan.

Ruokailujen ajaksi levottomille asukkaille haarahihna.



Hoitajat tiedostavat sen, että rajoitustoimenpiteet alentavat asukkaan toimintakykyä, mutta toisaalta rajoitteet luovat turvaa asukkaalle. Hoitajat kertoivat, että aluksi rajoitustoimenpiteet voivat olla stressaavia asukkaille. Asukkaat eivät aina ymmärrä, miksi heitä rajoitetaan. Tämä näkyy osastolla niin, että asukas voi kävellä tuoli perässään, koska hänet on sidottu tuoliin.

Kaksipiippuinen juttu: liikkuesssa voi kaatua, mutta kiinniolllessa heikentää toimintakykyä.

Hoitajat tietävät, että rajoitteet vaikuttavat ikääntyneen toimintakykyyn. Kun yhtä rajoitetaan osastolla, myös muut osaston asukkaat saattavat kärsiä rajoitteesta. Erityisesti muistisairaiden kohdalla rajoitustoimenpiteisiin turvaututaan, esimerkiksi osaston ovi on lukossa. Tällöin omatoimisesti liikkuvat asukkaat eivät pääse poistumaan osastolta, vaikka heillä olisi lupa liikkua osaston ulkopuolella.

Alkuun henkisesti raskasta ja tuska tulee esiin. Katsellaan lasioven takana ja rytytetään ovia.

Kun yhtä rajoitetaan esim. osaston ovet kiinni niin muutkin kärsivät.

Hoitajien mukaan rajoitteet laskevat asukkaan omatoimisuutta ja aktiivisuutta. He tietävät, että lihakset surkastuvat rajoitteiden käytön seurauksena ja välillä pitäisi kävelyttää asukasta, jota joudutaan rajoittamaan. Hoitajat toimivat määritellyn ajan puitteissa, jolloin kuntouttamiselle ei aina jää aikaa.

Taulukko 5. Hoidollisen rajoittamisen vaikutus ikääntyneen hoitotyöhön

ILMAUKSET	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Välillä pitää kävelyttää Kuntoutus tärkeää Helpottaa sekä hidastaa hoitajien työtä Rauhoitetaan ruokailut	Hoitajien työskentely	Hoidollisen rajoittamisen vaikutus ikääntyneen hoitotyöhön
Toimintakyky alenee Rajoitteet voivat luoda turvaa, mutta myös alentavat toimintakykyä.	Ikääntyneen toimintakyky	
Lihakset surkastuvat Rajoittaa omatoimisuutta Erityisesti muistisairaalle raskasta Ei pääse liikkumaan, kun haluaisi Tapaturmien ehkäisy	Moninaiset vaikutukset toimintakykyyn	

## 7.5 Yhteisistä toimintatavoista sopiminen

Yhteisistä toimintatavoista sopiminen -yläluokan alle muodostui neljä alaluokkaa (taulukko 6. s. 23), joita ovat kirjaaminen, raportointi, kokemukset ja vaihtoehdot. Rajoitustoimista kirjataan potilastietojärjestelmään, mutta hoitajilla ei ole yhtenäistä ohjeistusta siitä, minne ja miten päätöksistä tulisi kirjata. Aineistosta ilmeni, että on kaksi eri kirjaamiskäytäntöä. Useimmat kirjaavat, kun ensimmäisen kerran rajoitetaan, mutta tieto päätöksestä hukkuu potilastietojärjestelmään muiden kirjausten joukkoon. Muutama sanoi, että päätöksiä ei kirjata lainkaan, jolloin kaikki eivät ole tietoisia tehdyistä päätöksistä.

Aina ei tule kirjattua niistä mitä on päätetty. Myöhemmin kysellään, onko päätetty asia toiminut, mutta siitä ei ole kirjattu, jotta se olisi kaikkien tiedossa.

Osastolla hoidollisen rajoittamisen käyttöön otosta raportoidaan osastopalaverissa sekä raporteilla. Haastateltavat kertoivat, että aina ei olla samaa mieltä tehdyistä päätöksistä. Tämä näkyy hoitajien mielestä siinä, että välillä saatetaan toimia eri tavalla kuin on yhteisesti sovittu. Hoitajien kertoman mukaan puutteet kirjaamisessa saattavat johtaa siihen, että toimitaan eri tavalla kuin on sovittu.

On aina riski, että joku päättää, että asukas ei tarvitse vyötä. Ei parane sooloilla.

Hoitajat keskustelevat yhdessä ongelmista ja yrittävät löytää niihin yhdessä ratkaisua. He uskaltavat ilmaista omat mielipiteensä ja usein esitetään harkittavaksi erilaisia ehdotuksia. Hoitajat ajattelevat, että työkokemus auttaa heitä arvioimaan omia toimintatapoja. Osa hoitajista toi esille aikaisemmat tapaturmat, jotka vaikuttavat tämän hetkiseen päätöksentekoon, jotta jatkossa välttyttäisiin tapaturmilta. Harva hoitaja mainitsi eettisyyden vaikuttavan omaan toimintaansa.

Työkokemus, jonka kautta tietää mikä tuntuu hyvältä ja mikä ei.

Kaikki eivät aina samaa mieltä, mutta yritetään ja poistetaan rajoite, jos se ei toimi.

Osastolla rajoittamista ei käytetä automaattisesti vaan ensin kokeillaan erilaisia vaihtoehtoja. Asukkaan sairauden edetessä rajoitteisiin voidaan joutua turvautumaan tai muuttamaan jo käytössä olevia rajoitteita. Hoitajat kertoivat, että rajoittamisen aikana voidaan todeta, että rajoituskeino ei sovi asukkaalle, jolloin rajoite poistetaan. Osastolla rajoitteita ei käytetä, mikäli rajoitteista on asukkaalle haittaa. Hoitajat kertoivat kohdanneensa työurallaan monta tapaturmaa, joista osa olisi voitu välttää hoidollisella rajoittamisella.

Taulukko 6. Yhteisistä toimintatavoista sopiminen

ILMAUKSET	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Päätöksistä ei aina kirjata Päätös kirjataan, mutta hukkuu muiden kirjausten sekaan	Kirjaaminen	Yhteisistä toimintatavoista sopiminen
Osastotunnit Raportit Yhteiset päätökset	Raportointi	
Avoin keskustelu Vanhat tavat Työkokemus Aikaisemmat tapaturmat Eettisyys Sooloilu	Kokemukset	
Ei rajoiteta automaattisesti Kokeilemalla selvitetään mikä toimii Lopetetaan rajoittaminen, jos ei toimi	Vaihtoehdot	

## 7.6 Hoitajien ajatuksia mahdollisesta lakimuutoksesta

Hoitajat olivat huolissaan siitä, miten lakimuutos voi vaikuttaa heidän työhönsä. Hoidollisella rajoittamisella helpotetaan tällä hetkellä hoitajien työtä ja hoitajat ovat sitä mieltä, että jos rajoitteiden käyttö kielletään, tulee hoitajamitoitusta lisätä. Hoitajat kuvailevat, että välillä keinot loppuvat. Hoitajat ovat avoimia kehittämiselle ja uusille ideoille, mutta he pelkäävät, että lakimuutos tulisi vaikuttamaan negatiivisesti heidän työhönsä.

Päättäjät voivat tulla kokeilemaan asukkaiden hoitoa. Ei tule onnistumaan uudet muutokset ja kiellot. Rajoitukset eivät ole hengenvaarallisia. Hoitajia pitää saada lisää.

Enemmän henkilökuntaa, jotta on enemmän aikaa jokaisen potilaan kohdalla.

Lähes jokaisella hoitajalla heräsi ajatuksia, kun kysyttiin tulevasta lakimuutoksesta ja sen vaikutuksista heidän työhönsä. Hoitajat ovat kuulleet, että mahdollisesti nokkamukien ja hygieniahaalarien käyttö kiellettäisiin. Hoitajat pohtivat, vaikeutuuko hoitotyö merkittävästi, jos nämä apuvälineet kielletään. Hoitajat keskustelivat lakimuutoksen muokkautuvuudesta yksiköön ja siitä, voiko lääkärin luvalla edelleen käyttää hygieniahaalaria. Hoitajat miettivät, voiko samoja sääntöjä käyttää kaupungin eri yksiköissä.

Aina on kehitettävää ja on kiva saada jotain uutta. Haalari ke-säisin on kamalaa, jotain muuta pitäisi saada tilalle.

## 8 POHDINTA

Tässä luvussa pohditaan opinnäytetyön luotettavuutta sekä tarkastellaan opinnäytetyön tuloksia. Tarkastelun perusteella esitetään kehittämisehdotuksia sekä jatkotutkimusaiheita.

### 8.1 Luotettavuuden arviointi

Opinnäytetyö on laadullinen ja sen luotettavuutta voidaan tarkastella tutkimusprosessin eri vaiheissa. Prosessin alussa on tärkeää tietää mitä tutkitaan ja miksi. Tutkittava ilmiö tulee nimetä selkeästi ja tässä opinnäytetyössä tutkittava ilmiö on ikääntyneen hoidollinen rajoittaminen tehostetussa palveluasumisessa hoitajien kuvaamana. (Kylmä & Juvakka 2012, 130–131.) Ennen aineiston keräämistä teoreettista tietoa haettiin monipuolisesti suomalaisista ja kansainvälisistä tietokannoista. Metodologiseen sopivuuteen kuuluvat perehtyminen käytettyyn menetelmään sekä luotettavien lähteiden käyttö. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 199.) Pyrittiin hakemaan mahdollisimman monipuolista tietoa sekä perehdyttiin teemahaastatteluun tutkimusmenetelmänä.

Luotettavuutta tukee haastattelijoiden tietämys aiheesta, joka saavutettiin kattavalla tiedonhaulla. Opinnäytetyön haasteena oli haastattelijoille tuttu työympäristö ja sensitiivinen aihe. Haastattelijat pyrkivät olemaan objektiivisia haastattelutilanteissa, aineiston analysoinnissa sekä raportoinnissa. Haastattelutilanteissa hoitajat ajoittain puhuivat haastattelijoille tuttavallisesti, joka saattoi heikentää haastattelijoiden objektiivisuutta. Reflektiivisyydestä puhutaan, kun pohditaan, miten hyvin tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkijan tulee tiedostaa, miten hän saattaa vaikuttaa aineistoon ja tutkimusprosessiin. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavia henkilöitä on usein vähän, koska painopiste on tutkittavan henkilön omissa kokemuksissa (Kylmä & Juvakka 2012, 31). Opinnäytetyössä tavoitteena oli haastatella kaikki tutkittavassa yksikössä tutkimushetkellä työskentelevät hoitajat. Tähän ratkaisuun päädyttiin, koska haluttiin mahdollisimman kattavasti tietoa hoidollisesta rajoittamisesta. Ryhmähaastattelu valittiin, koska se tuki tavoitetta haastatella kaikki yksikön hoitajat. Kerralla saatiin tavoitettua useampi hoitaja. Lisäksi hoitajat itse toivoivat ryhmähaastattelua.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin teemahaastattelulla, jolla haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Teemahaastattelun runko koostettiin teoreettisen tiedon perusteella. Teemoja muodostui kolme ja jokaisen teeman alle tehtiin teemaa tukevia apukysymyksiä. Jotta teemahaastattelut sujuisivat luontevasti, tulee haastattelijoilla olla hyvät tiedot tutkittavasta aiheesta sekä kyky toimia ammatillisesti ja objektiivisesti haastattelutilanteessa. Luotettavuuden arviointiin kuuluu se, miten hyvin haastattelut onnistuivat. Opinnäytetyön haastattelut onnistuivat, koska saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 199.)

Luotettavuutta pyrittiin vahvistamaan tarkalla analyysiprosessin kuvauksella. Lisäksi luotettavuutta vahvistaa se, että luokittelu on nähtävillä. Kun analyysiprosessi on kuvattu selkeästi, saa lukija ymmärryksen, miten aineisto on analysoitu. Analyysiprosessin tulokset tulee esittää selkeästi ja ymmärrettävästi. Opinnäytetyön aineisto luokiteltiin loogisesti ja pyrittiin kuvaamaan tutkimusaineistoa mahdollisimman kattavasti. Tutkimusprosessin tarkka kuvaus tukee vahvistettavuutta eli sitä, että toinen tutkija voi seurata tutkimusprosessin kulkua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198; Kylmä & Juvakka 2012, 129.) Opinnäytetyön tulokset kuvattiin luokittelun mukaisesti ja ne pyrittiin kirjoittamaan selkeästi ja loogisesti. Tulokset tulisi esittää puolueettomasti ja siten, että asiaa seuraisi ulkopuolelta. Tässä oli ajoittain haasteita, koska tutkittava yksikkö oli haastattelijoille tuttu.

Opinnäytetyön raportissa käytettiin suoria lainauksia tutkimusaineistosta. Tällä lisättiin tutkimuksen luotettavuutta ja osoitettiin yhteys aineiston ja tulosten välillä. Suorat lainaukset muokattiin yleiskieleen, jottei esimerkiksi tutkittava ole tunnistettavissa murteen perusteella. Pitkät lainaukset voivat viitata jäsentymättömään analyysiin, joten pyrittiin käyttämään mahdollisimman lyhyitä lainauksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Uskottavuutta vahvistetaan sillä, että opinnäytetyön raportti toimitetaan työn tilaajalle, joka halutessaan voi hyödyntää tutkimustuloksia kehittämissyössään (Kylmä & Juvakka 2012, 128). Tutkimusprosessin tarkalla kuvauksella pyritään varmistamaan siirrettävyys eli se, että tutkimuksen pystyy halutessaan toteuttamaan toisessa ympäristössä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Siirrettävyydellä tarkoitetaan myös sitä, pystytäänkö tutkimuksen tulokset siirtämään muihin vastaaviin tilanteisiin. Opinnäytetyön tuloksia ei pysty suoraan siirtämään, koska kyseessä on laadullinen tutkimus. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.)

Kun arvioidaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta, puhutaan usein totuudesta ja objektiivisesta tiedosta. Tarkastellaan myös havaintojen luotettavuutta sekä niiden puolueettomuutta. Puolueettomuuteen liittyy esimerkiksi se, vaikuttaako haastattelijan oma ikä, kokemus tai ammatti siihen, miten hän tulkitsee kerättyä tietoa ja pystyykö haastattelija näkemään aineiston puolueettomasti vai suodattaako hän tiedon oman kokemuksensa kautta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135–136.) Puolueettomuutta saattoi heikentää tuttu työympäristö. Analyysiprosessin aikana oli erityisesti haasteita nähdä aineisto puolueettomasti, mutta prosessin edetessä kyky olla puolueeton parantui. Puolueettomuuteen pyrittiin kiinnittämään huomiota koko tutkimusprosessin ajan.

## 8.2 Tulosten tarkastelu

Hoitajat osasivat kuvailla, millaista hoidollista rajoittamista heidän yksikössään käytetään. Käsitteenä hoidollinen rajoittaminen oli kuitenkin lähes kaikille vieras. Odotettiin, että hoitajat olisivat osanneet selittää käsitteen. Hoidollinen rajoittaminen on yleistä ikääntyneiden hoitotyössä. Tulokset siitä,

mitä rajoitustoimenpiteitä hoitajat käyttävät ovat samassa linjassa aikaisempien tutkimustulosten kanssa (ks. Alarvo-Messo 2010 ja Sipiläinen 2016). Yksikössä hoidollinen rajoittaminen ilmenee fyysisenä, sosiaalisena ja lääkkeellisenä rajoittamisena.

Rajoittamista perusteltiin turvallisuudella, hygienialla, omaisen tai asukkaan toiveilla ja resurssien vähäisyydellä. Goethalsin ym. tekemässä tutkimuksessa vuonna 2013 ilmenee samoja perusteluja hoidolliselle rajoittamiselle. Hoitajat kokevat resurssit liian vähäisiksi ja toivoisivat lisää henkilökuntaa. Suhosen ym. (2012) tutkimuksen tuloksista ilmenee, että hoitajat pystyisivät antamaan parempaa hoitoa, jos heillä olisi enemmän aikaa asukkaille.

Tehostetun palveluasumisen fyysistä hoitoympäristöä tulisi jatkossa muokata turvallisemmaksi ikääntyneelle, jotta hoidollista rajoittamista voidaan vähentää. Pienillä muutoksilla, kuten esimerkiksi pyöreäkulmaisilla huonekaluilla sekä hyvällä valaistuksella parannetaan turvallisuutta. Lisäksi turvallinen ulkoilu pitää mahdollistaa kaikille asukkaille. Aitojen edessä voi olla pensasaitoja, jotta ikääntynyt ei huomaisi aidattua aluetta ja tuntisi silloin olevansa vartioinnin kohteena. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 274–275.) Tutkittavassa yksikössä asukkaat eivät pääse omatoimisesti ulos liikumaan ilman hoitajan valvontaa, koska erillistä aidattua ulkoilualuetta ei ole. Fyysisen ympäristön muokkaaminen on haasteellista, koska se vaatii investointeja.

Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuositus määrittelee, että tehostetussa palveluasumisessa tulee olla minimissään 0,5 työntekijää asukasta kohden. (STM:n julkaisuja 2013:11). Minimimitoitus toteutuu tutkitussa yksikössä, mutta hoitajat kokevat silti resurssit liian vähäisiksi. Lainsäädännössä turvataan se, että toimintayksikössä on oltava koulutettua henkilöstöä, joka osaa vastata iäkkäiden palvelutarpeeseen. Laki turvaa sen, että yksikössä on oltava tarpeellinen määrä henkilöstä vuorokauden kaikkina aikoina. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 4:20 §.)

Opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että iltavuorossa yhden hoitajan vastuulla on koko osasto, jossa asuu kymmenen ikääntynyttä. Aikaisemmista tutkimustuloksista ilmenee, että liian vähäinen hoitajamitoitus on yhteydessä ikääntyneiden sekä hoitajien hyvinvointiin. Liian vähäisen hoitajamitoituksen vuoksi hoitajat saattavat kokea kiirettä, mikä taas altistaa hoidolliselle rajoittamiselle ja kaltoinkohtelulle. (Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007, 48; Sipiläinen ym. 2011, 21.)

Nykypäivänä hoitotyössä kiire on yleistä ja kiireeseen vaikuttavat monet eri tekijät. Toisaalta jatkuva kiire voi jäädä päälle, jolloin siitä eroon pääseminen voi olla haasteellista. Hoitotyössä ei välttämättä uskalleta kertoa kiireetömyydestä, koska pelätään resurssien vähentämistä. Kiireistä ihmistä ei ole helppo lähestyä tai kuormittaa lisää. Ikääntyneiden hoitotyössä tämä saattaa johtaa siihen, että ikääntynyt asukas ei uskalla kertoa hoitajalle omista tar-

peistaan, ettei aiheuta lisää kiirettä hoitajalle. (Räsänen 2015, 42–43.) Tutkittavassa yksikössä olisi hyvä keskustella, mistä kiire syntyy ja miten sitä perustellaan ja voidaan toimintatapoja muuttaa. Syy kiireeseen voi löytyä myös muualta kuin resursseista.

Ikääntyneiden hoitotyössä itsemääräämisoikeuden toteutuminen voi olla haasteellista esimerkiksi muistisairauden vuoksi. Tutkittavassa yksikössä itsemääräämiskykyä arvioidaan testeillä ja havainnoimalla asukkaan käyttäytymistä. Yksikössä on paljon muistisairaita, jonka vuoksi hoitotyö voi olla haasteellista eikä itsemääräämisoikeus toteudu. Hoitajat sanoivat, että on tärkeämpää varmistaa asukkaan ja ympäristön turvallisuus.

Hoitajat kertoivat, että asukkaan toiveita kuunnellaan, mutta on tärkeää miettiä, kuinka hyvin asukasta oikeasti kuunnellaan. Itsemääräämisoikeuden loukkaaminen saattaa ilmetä siten, että hoitaja tekee päätöksen asukkaan puolesta. Tulee pohtia sitä, määrätäänkö asukasta toimimaan tietyllä tavalla kysymättä hänen omaa mielipidettään. Ikääntyneen itsemääräämiskyvyn heikentyessä toiveiden merkitys korostuu, koska niiden kautta ikääntynyt kokee, että häntä kuunnellaan. (Sipiläinen 2016, 48.)

Omaisten rooli on tärkeä ikääntyneiden hoitotyössä. Tutkittavassa yksikössä omaiset osallistuvat hoidon päätöksentekoon ja suunnitteluun. Useimmiten omaiset luottavat hoitajien ammattitaitoon, kun keskustellaan hoidollisesta rajoittamisesta. Yksikössä omaiselta tulee olla lupa rajoittamiseen. Toisaalta tulee pohtia, noudatetaanko omaisen tahtoa, vaikka se ei olisi asukkaan tahdon mukainen tai hoitajien mielestä asukkaan parhaaksi. Ikääntyneen itsemääräämisoikeutta loukataan, kun kuunnellaan enemmän omaista kuin ikääntynyttä. (Sipiläinen 2016, 48, 84.)

Ikääntyneen ihmisarvon kunnioittamiseen liittyvät ikääntyneen kunnioitettava kohtaaminen, ikääntyneen tunteiden ja tarpeiden hyväksyminen sekä vapaudentunteen järjestäminen (Saarnio & Isola 2010). Hoitajat eivät maininneet kunnioittavaa kohtaamista, mikä on kuitenkin tärkeää hoitotyössä. Kunnioitettava kohtaaminen ei toteudu, jos ikääntynyttä puhutellaan loukkaavasti, lapsenomaisesti tai häntä ei huomioida hoitotilanteissa. Hyvään vuorovaikutukseen kuuluu asiallinen puhuttelu ja ikääntyneen huomiointi. Joidenkin ikääntyneiden kohdalla hyvään vuorovaikutukseen saattaa kuulua myös huumori ja vitsailu. Loukkaavaa kuitenkin on, jos hoitaja nauraa ikääntyneen kysymyksille tai käytökselle. (Sipiläinen 2016, 85.)

Tärkeää olisi työyhteisössä keskustella, miten hoitajien asenteet tai arvot saattavat altistaa ikääntyneen kaltoinkohtelulle. Tutkittavassa yksikössä voitaisiin keskustella, miten suhtaudutaan ikääntyneisiin ja koetaanko työ mielekkäänä. Hoitajien asenteet voivat heijastua työskentelytapoihin esimerkiksi siinä, että työskennellään rutiininomaisesti. Lisäksi hoitajan omat luonteenpiirteet ovat yhteydessä suurentuneeseen kaltoinkohtelun riskiin. Hoitajan kärsimättömyys, laiskuus tai kyvyttömyys sietää asukkaan aggressiivista käyttäytymistä voi vaikuttaa työskentelytapoihin. (Sipiläinen 2016, 70.)

Hoidollinen rajoittaminen voi olla kaltoinkohtelua, mikäli sitä käytetään väärin perustein. Yksikössä asuu paljon muistisairaita, joilla on muita suurempi riski altistua rajoittamiselle. Usein asukkaan oma käytös, esimerkiksi aggressiivisuus voi johtaa rajoitteiden käyttöön. On todettu, että hoitajat, joilla on lisäkoulutusta muistisairaiden ikääntyneiden hoitamisesta, tunnistavat helpommin kaltoinkohtelun. Tämä tukee sitä, että yksikössä voitaisiin panostaa lisäkoulutukseen, joka käsittelee muistisairaiden ikääntyneiden hoitamista. Lisäkoulutuksen avulla yksikön hoitajat osaisivat paremmin kiinnittää huomiota hoidolliseen rajoittamiseen ja siihen, onko sen käyttö perusteltua. (Sipiläinen 2016, 60.)

Hoitajan oma hyvinvointi esimerkiksi väsymys, stressi tai työuupumus voi vaikuttaa siihen, miten hän kohtaa ikääntyneen asukkaan. Lisäksi hoitajien henkilökohtaiset ongelmat saattavat altistaa asukkaita kaltoinkohtelulle. Koko työyhteisön hyvinvointi ja työilmapiiri voivat vaikuttavaa siihen, miten asukkaita kohdellaan. Työpaikkakiusaaminen ja erilaiset ristiriidat työpaikalla voivat lisätä kaltoinkohtelun riskiä. Lisäksi lyhytaikaisten sijaisten käyttö voi kuormittaa vakituista henkilökuntaa, koska he joutuvat ottamaan enemmän vastuuta asukkaista. Näistä asioista olisi hyvä keskustella työyhteisössä, jotta työssä viihtyminen parantuisi. (Sipiläinen 2016, 69, 73, 75.)

Hoitajat tietävät kuntouttamisen tarpeen niiden asukkaiden kohdalla, joita rajoitetaan. Hoitajat osasivat kertoa, miten rajoitteet vaikuttavat ikääntyneen toimintakykyyn, mutta he eivät kertoneet, miten kuntouttava hoitotyö konkreettisesti toteutuu yksikössä. Tuloksista ei selviä onko yksikössä aikaa kuntouttavalle hoitotyölle. Osa hoitajista kokee, että asukkaiden toimintakyky on huomattavasti alentunut. Tämän kaltainen ajattelu saattaa estää kuntouttavaa hoitotyötä toteutumasta.

Yksikössä hoidollisen rajoittamisen kirjaamisesta ei ole olemassa selkeää ohjeistusta, johon kaikki sitoutuisivat. Kirjaamisen puutteet heijastuvat suoraan raportointiin ja joku hoitajista voi toimia tiedon puutteen vuoksi eri tavalla. On myös tilanteita, jolloin hoitaja on tietoinen päätöksistä, mutta päättää silti toimia eri tavalla kuin muut. Tällainen käytös heikentää luottamusta hoitajien välillä, joten on tärkeää keskustella ja varmistaa, että kaikki hoitajat sitoutuvat toimimaan niin kuin on yhdessä sovittu. On ristiriitaista, että hoitajat kertoivat keskustelevansa avoimesti asioista, mutta silti raportoinnissa ja kirjaamisessa on puutteita.

Hoitajat olivat huolissaan tulevasta lakimuutoksesta ja pohtivat sitä, että muuttuuko ikääntyneiden hoitotyö raskaammaksi ja kuormittavammaksi. Hoitajat ovat sitä mieltä, että rajoitteiden poistaminen vaikeuttaa entisestään hoitotyötä, ellei hoitajamitoitusta nosteta. Jo ennen haastatteluja hoitajat olivat kuulleet lakimuutoksesta ja sen pohjalta olivat muodostaneet vahvan ennakkokäsityksen. Esimerkiksi hoitajat ovat kuulleet, että nokkamukit kielletäisiin. Hoitajat eivät ajatelleet millaisia vaikutuksia rajoitteiden poistamisesta voisi olla ikääntyneelle. Olisi kuitenkin tärkeää, että asiaa ajateltaisiin myös ikääntyneiden näkökulmasta. Hoitajat ovat kuitenkin avoimia uusille ideoille, mutta eivät sanoneet, että olisivat valmiita luopumaan rajoitteista.



### 8.3 Kehittämisehdotukset

Yksikössä hoitajien tulisi kehittää tietämystään hoidollisesta rajoittamisesta erityisesti siitä, miten rajoittamista voitaisiin ehkäistä. Hoitajille voitaisiin järjestää koulutusta hoidollisesta rajoittamisesta tai yksikkö voisi tukea hoitajia hankkimaan lisäkoulutusta esimerkiksi muistisairaiden hoitamisesta. Tällainen koulutus voisi olla hyödyllinen, koska sen avulla hoitajat kykenisivät ennaltaehkäisemään hoidollista rajoittamista. Lisäkoulutuksen saaneet hoitajat voisivat jakaa saamaansa tietoa myös muille hoitajille esimerkiksi osastotunneilla.

Yksikön hoidollisen rajoittamisen päätöksentekoa ja kirjaamista voisi kehittää. Yksikköön olisi hyvä laatia selkeät ohjeet siitä, miten hoidollisesta rajoittamisesta päätetään ja miten päätöksistä kirjataan. Ohjeistuksen lisäksi olisi tärkeää, että hoitajat pystyisivät keskustelemaan avoimesti hoidollisesta rajoittamisesta. Osastotunneilla voitaisiin keskustella asenteista ja arvoista ja siitä, miten ne vaikuttavat hoidollisen rajoittamisen käyttöön. Keskustelun tavoitteena olisi laatia ja sitoutua yhteisiin toimintatapoihin.

Kehittämistyössä olisi tärkeää huomioida tehostetun palveluasumisen yksikön fyysinen hoitoympäristö ja sen vaikutukset hoidolliseen rajoittamiseen. Hyvä fyysinen hoitoympäristö vähentää hoidollisen rajoittamisen käyttöä. Jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää, miten hyvin tehostetun palveluasumisen yksikön fyysinen hoitoympäristö tukee ikääntyneiden turvallisuutta.

## LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski- Tallqvist, T. 2014. Kliininen hoitotyö - Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro.

Alarvo-Messo, S. 2010. Liikkumisen rajoittaminen ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa perheenjäsenen kuvaamana. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Alastalo, H., Vainio, S., Vilkkö, A. & Sarivaara, S. 2016. Iäkkäiden ihmisten kokemus hoidosta ja palveluista. Koettu hoidon laatu asiakkaan näkökulmasta (ASLA) –kyselyn tuloksia. Viitattu 25.9.2016  
<http://www.slideshare.net/THLfi/alastalo-vainio-vilkkö-sarivaara-ikkiden-ihmisten-kokemus-hoidosta-ja-palveluista>

Elo, S., Isola, A. & Saarnio R. 2013. Hoitajien näkemyksiä muistisairaana fyysisestä hoitoympäristöstä. Tutkiva hoitotyö 11 (3), 17–25.

Gastmans, C. & Milisen, K. 2006. Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. Journal of Medical ethics 32 (3), 148–152.

Giles, K., Petriwskyj, A., Parker, D., Gibson, A., Andrews, S. & Banks, S. 2014. Family involvement in decision making for people with dementia in residential aged care. Evidence-based information sheets for health professionals. Joanna Briggs Institute. Viitattu 25.9.2016.  
[http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.hamk.fi/sp-3.22.1b/ovidweb.cgi?&S=MHOIPDD-BAGHFMMKPFNHKNCOFPDPHAA00&Link+Set=S.sh.43%7c2%7csl\\_190](http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.hamk.fi/sp-3.22.1b/ovidweb.cgi?&S=MHOIPDD-BAGHFMMKPFNHKNCOFPDPHAA00&Link+Set=S.sh.43%7c2%7csl_190)

Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B. & Gastmans, C. 2013. Nurses' decision-making in cases of physical restraint in acute elderly care: A qualitative study. International journal of nursing studies 50.

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita.

Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. 2013. Gerontologia. 3. uud. P. Helsinki: Duodecim.

Hiltunen, P. 2015. Ikääntyneiden hoitotyö Suomessa – katsaus kehittämistarpeisiin. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 28.8.2016.  
[http://www.hotus.fi/system/files/HOTUSJULKAISU\\_Hiltunen\\_2015.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/HOTUSJULKAISU_Hiltunen_2015.pdf)

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud.p. Helsinki: Sanoma Pro.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980. Finlex. Viitattu 4.11.2016.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Lehtiranta, S., Leino-Kilpi, H., Koskenniemi, J., Jartti, L., Hupli, M., Stolt, M. & Suhonen, R. 2014. Muistisairaahan henkilön kotoa laitoshoidon siirtymistä jouduttavat tekijät. *Hoitotiede* 26 (2), 113–124.

Lehto, V., Seinälä, L. & Aaltonen, M. 2015. Tehostetun palveluasumisen asukkaiden siirrot – taustatekijät ja siirtojen syyt. *Gerontologia* 29 (1), 12–24.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro.

Parviainen, T. 1998. Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön. Helsinki: Kirjayhtymä OY.

Potilaan itsemääräämisoikeuden suoja- ja rajoitustoimenpiteet. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 30.1.2016.  
<http://etene.fi/documents/1429646/1556020/Lausunto+potilaan+itsem%C3%A4%C3%A4r%C3%A4m%C3%A4oikeuden+suoja-+ja+rajoitustoimenpiteist%C3%A4.pdf/5ef22526-b857-4e0c-8da1-fe97a99e27be>

Räsänen, R. 2015. Kiirettä pitää vai pidetäänkö kiirettä? Kiire vanhusten hoitotyötä värittämässä. *Gerontologia* 29 (1) 41–44.

Saarnio, R. & Isola, A. 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. *Gerontologia* 24 (4) 323–333.

Sinervo, T. 2000. Work in care for elderly. Stakes. Saarijärvi: Gummerus.

Sipiläinen, H. 2016. Hoitohenkilökunnan käsityksiä vanhusten kaltoinkohtelusta ympärivuorokautisen hoidon yksikössä. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Kuopio.

Sipiläinen, H., Kankkunen, P. & Kvist, T. 2011. Kaltoinkohtelu vanhainkodeissa – hoitotyön johtajien käsityksiä altistavista tekijöistä ja ennaltaehkäisystä. *Gerontologia* 25 (1), 15–25.

Sosiaali- ja terveysministeriö n.d. Iäkkäiden palvelut. Viitattu 4.11.2016.  
<http://stm.fi/iakkaiden-palvelut>

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. Finlex. Viitattu 4.11.2016.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

Stenman, P., Vähäkangas, P., Salo, P., Kivimäki, M. & Paasivaara, L. 2015. Henkilöstön työtyytyväisyys vanhustenhuollossa – kohti kuntoutumista edistävän hoitotyön toimintamallin käyttöönottoa. *Hoitotiede* 27 (1), 18–30.

STM julkaisuja 2013:11. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Viitattu 4.11.2016.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN\\_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1)

Suhonen, R., Stolt, M., Gustafsson, M-L., Katajisto, J. & Puro, M. 2012. Ikääntyneiden ihmisten hoitotyössä työskentelevien hoitajien työtyytyväisyys. *Hoitotiede* 24 (1) 27–37.

Tehostettu palveluasuminen n.d. Tampereen kaupunki. Viitattu 30.1.2016.  
<http://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihmisten-palvelut/asuminen/tehostettu.html>

Terveystenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Finlex. Viitattu 4.11.2016.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tilastokeskus n.d. Viitattu 25.10.2016  
<https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/05/>

Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Räikkönen, O. & Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa – havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Stakes. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9.osin uud. p. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. 2008. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Tiedote teemahaastattelusta

Hei!

Olemme kaksi HAMK:n sairaanhoitaja opiskelijaa ja teemme tällä hetkellä opinnäytetyötämme liittyen ikääntyneiden hoitotyöhön. Opinnäytetyömme nimi tulee olemaan ”Ikääntyneen hoidollinen rajoittaminen tehostetussa palveluasumisessa hoitajien kuvaamana”. Tarkoituksena on selvittää, miten hoidollinen rajoittaminen näkyy ikääntyneiden hoitotyössä tehostetussa palveluasumisessa. Tavoitteenamme on kerätä tietoa millaista hoidollista rajoittamista yksiköissänne käytetään. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää yksikkönne kehittämistyössä. Keräämme tiedon teemahaastattelun avulla, joka toteutetaan pienryhmissä. Haastattelut toteutetaan työaikana ja sille erikseen varatussa tilassa. Vastaaminen tapahtuu nimettömänä, emmekä nosta tuloksissa esille yksittäisiä kommentteja. Toivomme, että osallistutte haastatteluun rehellisesti ja avoimin mielin. Haastattelusta saamamme tiedon pohjalta koostamme yhteenvedon, josta tulemme keskustelemaan kanssanne.

Voit olla yhteydessä meihin haastatteluun liittyvissä asioissa.

Ystävällisin terveisin:

Satu Korvenpää

Johanna Kujala

[Satu.korvenpaa@student.hamk.fi](mailto:Satu.korvenpaa@student.hamk.fi)

[Johanna.kujala@student.hamk.fi](mailto:Johanna.kujala@student.hamk.fi)

Teemahaastattelun kysymykset

**Teema 1: Millaista hoidollista rajoittamista tutkittavassa yksikössä käytetään?**

*Mitä tarkoittaa hoidollinen rajoittaminen?*

*Millaisia rajoitustoimenpiteitä käytätte?*

*Miten hoidollinen rajoittaminen näkyy hoitotyössä?*

*Miksi käytätte hoidollista rajoittamista?*

*Minkälaisia perusteita teillä on hoidolliselle rajoittamiselle?*

*Miten hoidollinen rajoittaminen vaikuttaa ikääntyneen toimintakykyyn?*

**Teema 2: Miten yksikössä on pyritty vahvistamaan asukkaan itsemääräämisoikeutta hoidolliseen rajoittamiseen liittyvissä tilanteissa?**

*Miten arvioidaan, onko asukas kykeneväinen päättämään omasta hoidostaan?*

*Millä keinoilla varmistatte, että asukkaan itsemääräämisoikeus toteutuu, kun käytetään rajoitustoimenpiteitä?*

**Teema 3: Miten yksikössä on pyritty ennaltaehkäisemään rajoitustoimenpiteiden käyttöä?**

*Mitkä tekijät vaikuttavat toimintatapoihisi?*

*Miten yhteisistä toimintatavoista keskustellaan? Miten toimintatavoista sovitaan? Miten päätökset kirjataan?*

*Miten ja millaista keskustelua käytte hoitajien kesken ennen kuin tehdään päätös rajoitustoimenpiteiden käyttämisestä?*

**Lisäkysymykset:**

*Onko teidän mielestä tarpeellista kehittää yksikkönne toimintatapoja, jotka liittyvät hoidolliseen rajoittamiseen?*

*Liittyen tulevaan lakimuutokseen koskien itsemääräämisoikeutta, mitä haluaisitte kehittää yksikkönne toiminnassa?*

Luokittelu

ALALUOKAT	YLÄLUOKAT	YHDISTÄVÄ LUOKKA
Fyysinen rajoittaminen	Rajoittamisen keinot	<b>HOIDOLLINEN RAJOITTAMINEN IKÄÄNTYNEEN HOITOTYÖSSÄ TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISESSA</b>
Lääkkeellinen rajoittaminen		
Sosiaalinen rajoittaminen		
Turvallisuus	Rajoittamisen perustelut	
Hygienia		
Omaisten tai asukkaan toive		
Resurssien vähyys		
Ikääntyneen toimintakyvyn arviointi	Ikääntyneen itsemääräämiskyvyn arviointi	
Omaisten osallistuminen hoidon päätöksentekoon		
Hoitajien työskentely	Hoidollisen rajoittamisen vaikutus ikääntyneen hoitotyöhön	
Ikääntyneen toimintakyky		
Moninaiset vaikutukset toimintakykyyn		
Kirjaaminen	Yhteisistä toimintatavoista sopiminen	
Raportointi		
Kokemukset		
Vaihtoehdot		